

**Universidade de Lisboa**  
**Instituto de Educação**



**APRENDER A LIDAR COM O FIM DE VIDA NO  
DESEMPENHO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM**

**MARIA DE FÁTIMA MOREIRA RODRIGUES**

**Doutoramento em Educação**  
**Área de Especialidade Formação de Adultos**

**2014**

**Universidade de Lisboa**  
**Instituto de Educação**



**APRENDER A LIDAR COM O FIM DE VIDA NO  
DESEMPENHO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM**

**MARIA DE FÁTIMA MOREIRA RODRIGUES**

**Tese orientada pelo Senhor Professor Doutor Rui Canário  
especialmente elaborada para a obtenção do grau de doutor  
em educação, especialidade de formação de adultos.**

**2014**

## **PENSAMENTO:**

*Que estranha é a sina que cabe a nós, mortais!  
Cada um de nós está aqui para uma temporada;  
com que propósito não se sabe [...].  
Os ideais que têm iluminado o meu caminho,  
e repetidamente me têm renovado a coragem  
para enfrentar a vida com ânimo,  
são a bondade, a beleza e a verdade”.*

(Albert Einstein, 1931).

## **AGRADECIMENTOS**

Esta pesquisa só foi possível graças à colaboração de todos os que de forma direta ou indireta contribuíram para levar a bom termo o desenvolvimento desta temática, pelo que muito tenho a agradecer:

Ao Senhor Professor Doutor Rui Canário, pela sua orientação, valiosas e pertinentes observações, pela confiança e incentivo que contribuíram para o aprimoramento deste estudo.

Aos que nesta Universidade laboram para que os estudantes possam atingir os seus objetivos, trabalhando com generosidade, simpatia e dedicação.

Aos órgãos diretivos da Escola Superior de Enfermagem onde decorreu o estudo, por me ter permitido a sua concretização.

Aos que aceitaram participar neste estudo, o meu muito obrigado por me terem confiado os seus sentimentos, opiniões e dúvidas.

Aos colegas e aos estudantes de enfermagem com quem partilho conhecimentos, pareceres e emoções, muito tenho a aprender com a sua sabedoria.

Aos que comigo partilham a existência e me ensinam o valor da vida e o respeito pelo sofrimento e pela morte.

O meu agradecimento a todas as pessoas que, com o seu apoio, sabedoria, colaboração, críticas e sugestões contribuíram para a concretização do presente trabalho.

Bem hajam pelo modo como me ajudam a enriquecer-me como pessoa.

Muito obrigado a cada um de vós.

## RESUMO

A ideia da morte foi se construindo e reconstruindo ao longo dos tempos. Morrer tem como cenário, de um modo geral, a solidão institucionalizada, porque a partir do século XX, deixou de ser um acontecimento familiar e a ‘hospitalização da morte’ fez com que a enfermagem se envolva cada vez mais nesta problemática, sem estar preparada.

A questão de partida deste estudo é: *Como aprendem os estudantes e os profissionais de enfermagem a cuidar de pessoas e famílias a viver a terminalidade?*

Para responder à questão foi planeada uma pesquisa qualitativa que aborda a perspectiva dos diferentes intervenientes no processo de ensino aprendizagem. A amostra é intencional e de conveniência, constituída por 44 participantes, sendo 20 estudantes, 12 docentes e 12 enfermeiros tutores. A informação obtida através de entrevistas foi sujeita a análise de conteúdo, seguindo Bardin (2004). Os dados agruparam-se em torno de cinco categorias: o modo de perceber a morte; a aprendizagem para cuidar em fim de vida; o processo de ensino aprendizagem dos estudantes; as competências a adquirir para cuidarem de pessoas em fim de vida e de famílias em processo de luto.

Os relatos dos participantes permitem concluir que os estudantes não desenvolveram aprendizagens sociais e familiares sobre os aspetos que envolvem o morrer e quando confrontados pela primeira vez com o fenómeno, nos ensinos clínicos, vivem a experiência com grande envolvimento emocional. Quanto às aprendizagens desenvolvidas ao longo do curso, verificou-se que tanto a componente teórica como clínica não fornece os contributos necessários para que o futuro licenciado preste cuidados de qualidade a pessoas em fim de vida, nem integre a família no processo de cuidar. Os principais deficits centram-se no domínio cognitivo, emocional, relacional e prático, sendo particularmente difícil aos estudantes integrar mobilizar e transferir para a prática clínica tanto os saberes teóricos como processuais.

**Palavras-chave:** Estudantes, aprendizagem, cuidar, enfermagem, morte.

## ABSTRACT

The idea of death has been created and reshaped throughout the times. To die has as a scenery, generally, the institutionalized loneliness, because after the XX century it ceased to be an event within the family and the “hospitalization of death” has brought nursing to get more and more involved in this problematic, without being ready.

The starting question in this study is: *How do nursing students and professionals learn to take care of people and families experiencing the end of life?*

To answer the question, a qualitative approach was planned, focusing on the perspectives of the different parts of the teaching and learning process. The sample was intentional and selected based on convenience, composed of 44 participants, 20 of which were students, 12 were teachers and 12 were tutor nurses. The information gathered through interviews was subjected to content analysis, according to Bardin (2004). The data was grouped into five categories: the way to perceive death; the ability to learn how to take care of another experiencing the end of life; the students’ teaching and learning process; the necessary competences to take care of people reaching the end of life and families undergoing the grieving process.

The participants’ accounts allowed to come to the conclusion that students have not developed the social and family learning about the aspects that involve dying, and when faced for the first time with the event, during the clinical teaching, they experience it with a great deal of personal involvement. Regarding the learning during the course, it was verified that the theoretical component as well as the clinical do not give the necessary contributions to allow the future graduate to provide quality care to people in the end of life stage, nor to involve the family in the caring process. The main deficits are centered in the cognitive, emotional, relational and practical domains, and it is particularly difficult for the students to integrate, mobilize and transfer both the theoretical and procedural knowledge into a clinical practice.

**Key words:** Students, learning, care, nursing, death.

## RÉSUMÉ

L'idée de mort a été construite et évolué au fil du temps. Mourir a, comme sénair, la solitude institutionnalisée, parce-que à partir du XXe siècle, elle n'était plus un affaire de famille et la «hospitalisation de la mort» a conduit à une participation accrue des infirmiers dans ce problème, sans être préparé.

La question de départ de cette étude est: *Comment les étudiants et professionnels infirmières apprennent à prendre soin de personnes et familles qui vivent la fin de vie?*

Pour répondre à cette question a été planifiée une investigation qualitative qui aborde la perspective des différents intervenants dans le processus d'enseignement et d'apprentissage. L'échantillon a été intentionnel et de convenance, constitué par 44 participants, 20 des quels étudiants, 12 enseignants et 12 infirmiers tuteurs. L'information obtenue par entrevues a été soumise à analyse de contenu, selon Bardin (2004). Les données ont été agroupées au tour de cinq catégories: la façon de percevoir la mort; l'apprentissage pour prendre soin au fin de vie; le processus d'enseignement et d'apprentissage des étudiants; les compétences à obtenir pour prendre soin des personnes au fin de vie et des familles dans la gestion du deuil.

Les témoignages des participants permettent de conclure que les étudiants qui n'ont pas développé des apprentissages sociaux et familiaux sur les aspects qui impliquent mourir et quand ils sont confrontés pour la première fois avec le phénomène, dans les enseignements cliniques, vivent l'expérience avec un grand engagement émotif. En matière des apprentissages développées au long du cours, il est apparu que les composants théorique et clinique n'offrent pas les contributions nécessaires afin que le licencié dispense des soins aux patients en fin de vie, ni intègre la famille dans le processus de soigner. Les principaux déficits sont centrés dans les domaines cognitif, émotionnel, relationnel et pratique, dont il est difficile pour les étudiants intégrer, mobiliser et transférer dans la pratique clinique les connaissances théoriques et processuels.

Mots-clés: Étudiants, l'apprentissage, les soins, les infirmiers, la mort.

## ÍNDICE GERAL

	Página
Pensamento	i
Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Résumé	v
Índice Geral	vi
Índice de Apêndices	vii
Índice de Quadros	viii
Índice de Figuras	ix
Lista de Siglas	x
 INTRODUÇÃO	 11
 CAPITULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	 15
1. A MORTE E O PROCESSO DE MORRER	17
1.1. Dimensões do processo de morrer	19
1.2. Perspetiva histórica da morte no ocidente	31
1.3. Representações sociais da morte	48
1.4. Transformações sociais do milénio	57
1.5. Alterações nas políticas de saúde	64
1.6. Mudança de paradigma dos cuidados	75
2. APRENDER A LIDAR COM A MORTE	81
2.1. Compreender a morte ao longo do percurso de vida	84
2.2. Educação para a morte	100
2.3. Evolução do ensino de enfermagem	107
2.4. Aprender a ser enfermeiro	115
2.5. Competências para cuidar em enfermagem	124
 CAPITULO II - METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO	 141
1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	142
1.1. Tipo de estudo	147



1.2. Participantes no estudo	152
1.3. Estratégias e métodos de recolha de informação	159
1.4. Procedimentos na análise de dados	166
1.5. Contexto onde decorre a pesquisa	175
 CAPITULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS CONTEUDOS DAS ENTREVISTAS	 183
1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	184
1.1. Perceção da morte	187
1.2. Aprender a cuidar em fim de vida	221
1.3. Perspetiva sobre o processo de ensino aprendizagem	276
1.4. Competências a adquirir para cuidar de pessoas em fim de vida	344
1.5. Competências a adquirir para cuidar da família a viver processo de perda	373
 CAPITULO IV - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	 390
1. SÍNTESE CONCLUSIVA	391
2. RECOMENDAÇÕES	400
 BIBLIOGRAFIA	 407

### **ÍNDICE DE APÊNDICES:**

#### **APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.**

Guião das entrevistas aos três grupos de participantes

#### **APÊNDICE II - PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Pedido de autorização à instituição para realizar a pesquisa.

Pedido de consentimento informado aos participantes para realizar e gravar a entrevista.

#### **APÊNDICE III - MATERIAL RESULTANTE DAS ENTREVISTAS**

Transcrição das entrevistas

Organização das categorias e unidades de registo.

*(os apêndices encontram-se em formato digital no DVD no final da tese).*

## ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1. Componentes da dor total	77
Quadro 2. Protocolo de SPIKES	98
Quadro 3. Processo de desenvolvimento de competências nas organizações	136
Quadro 4. Níveis de competências definidas por Benner e por Le Boterf	138
Quadro 5. Domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais	139
Quadro 6. Distribuição das Unidades Curriculares por ano e semestre	176
Quadro 7. Lista das Unidades Curriculares de opção no curso	178
Quadro 8. Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes no estudo	185
Quadro 9. Construção do fenómeno da morte e do morrer	187
Quadro 10. Sentimentos /emoções associados à morte	215
Quadro 11. Formação para cuidar em fim de vida	222
Quadro 12. Críticas e sugestões dos estudantes sobre o ensino e a aprendizagem	276
Quadro 13. Contributo dos profissionais para a aprendizagem do estudante	289
Quadro 14. Competências a desenvolver para cuidar em fim de vida	345
Quadro 15. Competência para cuidar da família a viver processos de fim de vida	374

## INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Dimensões da pessoa	19
Figura 2. Diferenças de perspectivas sobre a morte	52
Figura 3. Componentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	68
Figura 4. Modelos de cuidados paliativos	72
Figura 5. Etapas do processo de morrer	91
Figura 6. Processo de envolvimento da família nos cuidados de saúde	98
Figura 7. Processo de aquisição de maturidade pelo estudante	119
Figura 8. Ciclo de aprendizagem experiencial	121
Figura 9. Pirâmide de avaliação clínica de Miller	131
Figura 10. Coerência no currículo	181
Figura 11. Fatores envolvidos na representação da morte	220
Figura 12. Fatores envolvidos na aprendizagem do cuidar em fim de vida	275
Figura 13. Síntese das críticas e sugestões ao processo de aprendizagem	343
Figura 14. Competências a desenvolver para cuidar pessoas em fim de vida	372
Figura 15. A enfermagem no cuidar de famílias	389

## **LISTA DE SIGLAS**

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde  
ASE - Análise de Situações de Enfermagem  
CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem  
CS - Centro de Saúde  
CSP - Cuidados de Saúde Primários  
DGS - Direção Geral de Saúde  
DL - Decreto-Lei  
DR - Diário da Republica  
ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System  
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
MS - Ministério da Saúde  
NTE - Novas Tecnologias da Educação  
OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PPEC - Projeto Pessoal em Enfermagem Clínica  
PIB - Produto Interno Bruto  
SFAP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos  
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
SS - Sistema de Saúde  
UC - Unidade Curricular  
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCI - Unidades de Cuidados Intensivos  
UE - União Europeia  
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura  
UR - Unidade de Registo  
USF - Unidade de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

O tema da morte não é uma discussão atual, muitos foram os filósofos, historiadores, sociólogos, biólogos, antropólogos, teólogos, psicólogos, médicos e leigos a discutir o assunto ao longo dos tempos, porque a morte não faz parte de uma categoria específica, é uma questão que atravessa a história e uma preocupação humana (Giorgi, 2006). A morte e os supostos acontecimentos que a sucedem são, historicamente, fonte de inspiração para doutrinas filosóficas, religiosas e éticas, mas também fonte inesgotável de temores, angústias, ansiedades e crenças.

Falar sobre morte, ao mesmo tempo que ajuda a elaborar a ideia da finitude humana, provoca desconforto, porque remete para o inevitável, para a certeza de que um dia a vida chega ao fim. A pessoa lida habitualmente com duas concepções em relação à morte: a morte do outro, da qual todos nós temos consciência, embora esteja relacionada com o medo do abandono, e a concepção da própria morte, a consciência da nossa finitude, na qual evitamos pensar porque nos obriga a encarar o desconhecido (Kastenbaum & Aisenberg, 1983). A pessoa oscila frequentemente entre as forças de eros e de thánatos, procurando que estas se mantenham em equilíbrio, pelo que ao confrontar-se com o processo contínuo de cisão entre vida e morte, tenta afastar a ideia da finitude, considerando sempre que é o outro que vai morrer e não ele, reconstruindo uma postura defensiva pela segregação (Giorgi, 2006).

O desenvolvimento da medicina e da biotecnologia, ocorrido sobretudo a partir do pós-guerra levou a uma cisão com a postura tradicional de aceitar a morte como um desígnio da natureza e forjou o desejo da imortalidade, de prolongar a vida ao máximo, por vezes, à custa do encarniçamento terapêutico e do abuso da tecnologia, numa concepção da morte como uma inimiga contra quem é preciso lutar. Deste modo a morte passou de domesticada a selvagem, sendo a tendência atual morrer-se só, afastado da família e dos amigos, tendo como único suporte os cuidados de enfermagem (Morse, 2001). É a equipa de enfermagem que está mais próxima do moribundo, que se responsabiliza por lhe satisfazer as necessidades fundamentais e a dignidade enquanto pessoa (Kovács, 1992), sendo um dos objetivos do cuidar em fim de vida, na opinião de Wright (2005) reduzir, diminuir ou aliviar o sofrimento emocional, físico e/ou espiritual dos doentes e familiares. Aliviar o sofrimento associado à doença, à dor e à proximidade da morte,

não é tarefa fácil, requer aprendizagem e treino de competências de modo a capacitar o enfermeiro para essa intervenção terapêutica.

A enfermagem, como outras profissões que cuidam de pessoas, tem-se ajustado às vicissitudes sociais e se tradicionalmente equacionava o cuidar para a vida e para a cura, tem de aprender a cuidar para a morte. Como referiu Henderson (2007) a enfermagem auxilia a pessoa, doente ou saudável, a executar as atividades que contribuem para a manutenção, recuperação da saúde ou para ter uma morte serena. A conceção de ‘morte serena’ definido pela autora em 1961 foi na época um conceito inovador, até aos anos 60 não fazia parte do currículo da enfermagem aprender a cuidar para a morte.

Na sociedade ocidental as pessoas acometidas por doenças em estadio avançado ficam, muitas vezes, segregadas e sem preparação para enfrentar o processo de morrer, sendo frequente o moribundo e os seus familiares passarem por situações de crise quando a morte se aproxima. Os enfermeiros ao confrontarem-se com a morte dos outros revivem os próprios processos de perdas, tornam-se mais vulneráveis, sentem que não são perenes e questionam-se como cuidadores. Tal como os clientes também os estudantes e os profissionais de enfermagem sentem dificuldade em lidar com o processo de morrer, sendo esta a problemática de partida.

O tema da morte e do morrer, apesar de ser considerado um tabu, continua a fascinar os humanos. Em pesquisas feitas, quer em fontes primárias, quer secundárias em diferentes bases de dados, como: SciELO; PubMed; EBSCO; LILACS, IBECs, MEDLINE, com os descritores: morte, morrer, fim de vida, cuidar, aprender, enfermagem (death, dying, end of life care, learning, nursing), abundam publicações em que a morte é vista sob diferentes perspetivas, mas emergem os aspetos que a associam a fatores negativos ligados ao sofrimento dos que partem, e dos que ficam, bem como as questões socio culturais em que esta se insere, o que é natural, porque a certeza humana sobre a morte aciona mecanismos psicológicos, culturais e espirituais que aguçam a curiosidade científica. Várias abordagens teóricas têm perspetivado a reflexão sobre a morte em diferentes óticas. Importa salientar a da área da saúde onde prolífica a pesquisa sobre os processos de viver a morte na perspetiva do moribundo, as questões ligadas à ética de prolongar ou frenar a continuidade da vida, de manter o corpo físico de modo artificial, bem como a filosofia da palição e os procedimentos técnicos e científicos para minorar o sofrimento. Porém, escasseia a literatura que aborde o modo como os profissionais de saúde e, particularmente os enfermeiros, aprendem a cuidar destes clientes, sendo os

percursos de ensino aprendizagem para cuidar de pessoas em fim de vida geralmente arredados do ambiente sociocultural e do meio académico. Na bibliografia consultada não há uma clara evidência sobre a forma como os enfermeiros ao longo do seu percurso formativo desenvolvem habilidades e integram competências para cuidar de pessoas e famílias a viver o final da vida. Neste âmbito, vamos desenvolver uma pesquisa sobre a aprendizagem dos profissionais de enfermagem que lidam com o processo de fim de vida, sendo este o prisma com que perspetivamos as indagações sobre a morte, quer seja através da conceptualização teórica, quer seja através da investigação empírica.

Ao longo do seu percurso profissional, como enfermeira e como docente de enfermagem, a autora verificou que os estudantes e profissionais manifestam várias dificuldades nesta área do cuidar, das quais salienta: o mobilizar conhecimentos de tanatologia para a prática, o cuidar de pessoas em processos de fim vida e estar alheados do cuidar das famílias enlutadas. Nesta perspetiva surge a principal pergunta de investigação é: *“Como aprendem os estudantes de enfermagem a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?”*

Não podemos, como profissionais de saúde, ficar indiferentes aos problemas dos moribundos e dos seus familiares. Os últimos momentos de vida da pessoa são acompanhados de grande carga emocional, e não podem ser envolvidos na mentira, na sonegação da informação, na conspiração do silêncio, na falta de privacidade, ou no encarniçamento terapêutico, pois há que aprender a proporcionar uma morte serena e digna.

As aprendizagens sociais não integram a preparação para a morte, como se faz para outros eventos que procuram capacitar a pessoa para lidar com determinadas etapas do desenvolvimento. São comuns cursos de preparação para o parto, para a parentalidade, para o casamento, etc, mas não se ensina, nem se aprende a morrer, nem se ajuda o outro a lidar com a finitude.

Aprender a lidar com a morte é um processo a ser elaborado ao longo do ciclo vital, sendo particularmente na vida adulta que a perceção da morte se torna mais complexa. O adulto vai aprendendo a lidar com as sucessivas perdas, a elaborar o luto pela perda do outro e a tomar consciência da sua finitude. Este estudo de carácter qualitativo sobre o processo de aprendizagem do iniciado na enfermagem para cuidar em fim de vida, foi desenvolvido no âmbito do Programa de Doutoramento em Formação de Adultos, no

Instituto de Educação da Universidade de Lisboa e visa dar alguns contributos aos intervenientes no processo formativo, para minimizar as dificuldades sentidas pelos aprendentes, apontando algumas estratégias que visem a melhoria do processo de ensino aprendizagem dos estudantes de enfermagem no curso de licenciatura.

Pretende-se investigar o modo como os enfermeiros aprendem a cuidar de pessoas e das suas famílias a viver processos de finitude e descrever o percurso desenvolvido para responder à questão de partida e ao objetivo da pesquisa. A sua estrutura segue a sequência com que o processo de investigação foi desenvolvido, respeitando o carácter indutivo do estudo. No início elaborou-se uma breve abordagem de alguns conceitos centrais através da revisão de literatura sobre a temática. Porém, é ao longo da análise de dados que a fundamentação teórica se faz de forma mais aprofundada e a revisão de literatura é completada, consoante os conceitos vão emergindo. As citações e referências bibliográficas apresentadas no estudo estão de acordo com as normas da American Psychological Association (2012).

A pesquisa está estruturada em torno de quatro capítulos. O primeiro refere-se à construção teórica do fenómeno que aborda as dimensões do processo de morrer; a morte ao longo dos tempos; as representações sociais elaboradas; as transformações sócio demográficas e culturais bem como as alterações das políticas de saúde e sociais a nível macro e micro para dar resposta às necessidades de saúde emergentes. Analisa o processo de aprender a lidar com o fenómeno, referindo a aprendizagem do morrer ao longo do percurso de vida, a educação para a morte e a preparação dos enfermeiros para cuidar. O enquadramento conceptual termina com a síntese sobre a construção de competências para o cuidar em enfermagem, que inclui a evolução do conceito, a formação por competências e a referência ao tipo de competências necessária para a prática de enfermagem.

O segundo capítulo descreve a metodologia da pesquisa em que se justifica as opções metodologias para responder aos objetivos e às questões formuladas.

O terceiro analisa, a partir do relato dos participantes, o modo como estes perspetivam a finitude e aprendem a lidar com os processos de morrer no contexto profissional.

A apresentação dos dados empíricos recolhidos através da técnica de entrevista, está organizada em torno de cinco áreas temáticas, estruturadas em categorias e sub categorias, seguindo-se a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin



(2204). Por fim elaborou-se uma síntese conclusiva do trabalho, onde apresenta algumas sugestões que poderão melhorar o percurso de aprendizagem dos enfermeiros.

Com o desenvolvimento desta pesquisa pretende-se contribuir para ampliar o conhecimento sobre a tanatologia, de modo que a compreensão do fenómeno da morte em toda a sua complexidade possibilite uma atitude mais adequada, proporcionando um ‘agir profissional’ mais ético, mais filosófico, mais atento e mais humano (Silva e Ruiz, 2003).

# CAPITULO I

## ENQUADRAMENTO CONCEITUAL

*“Educar não é ensinar,  
educar é levar  
ou ajudar o outro a aprender;  
ensina-se para  
o outro e para o desenvolvimento do outro;  
para o crescimento, a expansão do outro e  
para o aumento do outro em ser”.*

(Patrício, 2001)

## 1. A MORTE E O PROCESSO DE MORRER

*“Não obstante, uma outra necessidade assim,  
é a necessidade pela metafísica ela própria,  
....O que sou eu? O que é a morte,  
e ainda mais estranho, o que é o nascimento?”*  
(Taylor, Richard, 1974)

O tema da morte tem coexistido ao longo da história da humanidade, guiando de alguma forma o pensamento, as atitudes perante a vida e servindo de inspiração para a expressão estética e arquitetónica dos legados culturais. Uma civilização caracteriza-se, entre outros aspetos, pela forma como faz o culto da morte, pelo modo como a vive e representa. Tradicionalmente a morte é considerada algo que fascina, mas, ao mesmo tempo, aterroriza e inquieta a humanidade. Mais do que o desaparecimento da pessoa, são os sentimentos e as atitudes por ela suscitados, o lugar e o papel que os vivos lhe atribuem e a necessidade de explicar a finitude, que constituem um dos objetos de estudo da história de cada civilização.

Atualmente a conceção de morte está alicerçada na herança do modelo biomédico tradicional, sendo a sua oficialização baseada em parâmetros fisiológicos, mas esta não é apenas um facto biológico, abarca as dimensões: psicossocial e espiritual, significando que diferentes culturas, épocas e sociedades, interpretam o fenómeno, expressam emoções e constroem rituais de acordo com o modo como a enfrentam (Zorzo, 2004). Outros autores, como Morin (1997) e Áries (2003), consideram que o conceito de morte é relativo ao desenvolvimento social, cultural e histórico excessivamente complexo, mutável, influenciado pelo contexto situacional e repercute-se no comportamento individual e grupal diante da morte e do morrer. De acordo com estas perspetivas, os valores, as crenças, as vivências dos indivíduos influenciam a sua preparação para morrer, ou para exacerbar a dificuldade de a enfrentar. Contudo, essa incapacidade em lidar com a morte originária no ego e na relação de alteridade é reforçada muitas vezes, no contexto dos cuidados de saúde, como sinónimo de fracasso profissional, diante da recuperação não alcançada, o que representa a negação da finitude humana.

Com a presença da morte surge a procura da necessidade de consolo perante a despedida, a angústia do ‘nunca mais’, o que exacerba o mal-estar e faz sentir que não somos imunes aos efeitos que a morte nos impõe, levando aos mais variados mecanismos de defesa. Alguns negam-na, outros revestem-na de fantasias criando um

mundo pós-morte, onde tudo o que não foi atingido nesta vida virá como prémio na próxima etapa existencial. A morte pode ajudar a crescer, mas vivenciada como limite é dor, perda das funções do corpo e do afeto. O papel da religião é em parte o de socializar e dirigir os ritos de morte como forma de lidar com mal-estar que esta provoca. Como referem Silva e Ruiz (2003) a religião pode funcionar como um ansiolítico diante da morte e do morrer. Torna a morte um facto inteligível e explicável, por isso mais fácil de aceitar.

Este primeiro capítulo pretende sintetizar as diferentes dimensões do processo de morrer, a herança sócio cultural o modo como os diferentes fatores interferem na forma de vivenciar e construir as atuais representações da morte, tendo em conta as transformações socio demográficas e políticas do último século. Posteriormente aborda o modo como se aprende a lidar com a morte ao longo do percurso de vida, quer nas aprendizagens sociais, quer profissionais. Termina com a referência às competências a desenvolver para cuidar em enfermagem no contexto particular do cuidar em fim de vida.

## 1.1. DIMENSÕES DO PROCESSO DE MORRER

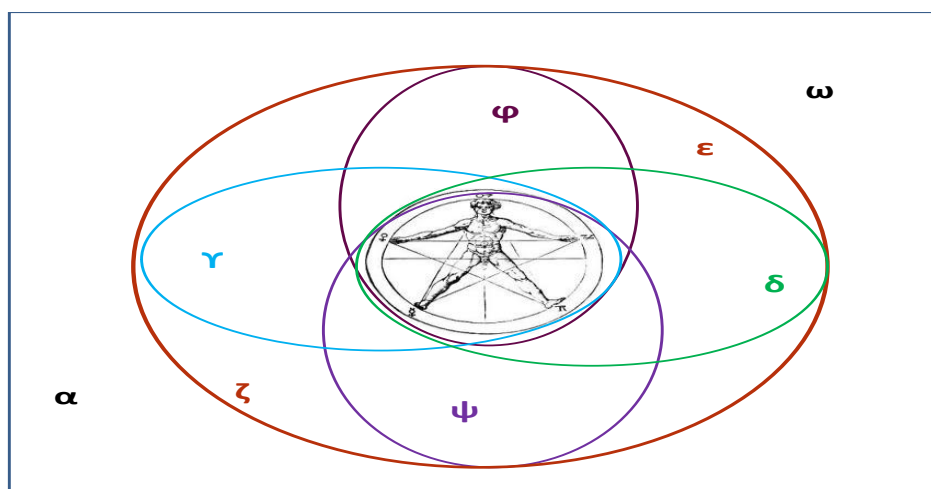
*“Nem no espaço, nem nas profundezas do oceano,  
nem nas montanhas mais escondidas, enfim!  
Em nenhuma parte do mundo,  
há o mínimo sítio em que morte não nos vença!”*  
(Buda, Siddharta Gautama, s.d.)

A morte é um processo biológico, que se constrói cultural e socialmente. Ao longo da história da humanidade, as diferentes culturas e civilizações determinam a atitude perante a morte e as religiões apontam soluções para os problemas pós-morte (Stedford, 1986).

A morte é um fenómeno não só físico, psicológico, social mas também religioso que afeta a pessoa na sua totalidade: corpo, espírito, emoções, e experiência de vida. A morte seja nossa ou dos outros, é uma realidade difícil de aceitar porque lembra constantemente o carácter limitado da vida. Para compreender o fenómeno da morte, é preciso ser capaz de a considerar como uma etapa, onde cada ser humano chega com aquilo que é e com aquilo que foi. (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p. 510)

Para cuidar a pessoa no final de vida é necessário expandir a compreensão do ser humano e da morte para além da dimensão biológica, como representa a figura 1. Diversos autores abordam diferentes dimensões quando perspetivam os processos de morrer. Consideramos a perspetiva defendida por Saporetti (2009) com as seguintes dimensões da pessoa: a física ( $\phi$ ); a psicológica ( $\psi$ ); a socio cultural ( $\delta$ ); a familiar e financeira ( $\gamma$ ); a existencial ( $\epsilon$ ); a espiritual ( $\zeta$ ) e a transcendental ( $\alpha$ ).

Figura 1. Dimensões da pessoa.



Fonte: Saporetti (2009, p. 271).

O esquema didático representado na figura 1, elaborado por Saporetti (2009), ajuda a compreender as dimensões da pessoa de forma mais completa, podendo o sofrimento associado à morte, situar-se nas diferentes dimensões e na interface das suas conexões, sendo integrado pelo significado e sentido a ele atribuído.

A *dimensão física* inclui a biologia humana, o corpo e os distúrbios a ele associados, como a dor física, as alterações dos órgãos e sistemas e os distúrbios mentais que fazem parte da interface com a esfera psicológica. Na *dimensão psicológica* situam-se os sentimentos e emoções (medos, angustias, raivas, tristeza, etc). Na *dimensão socio cultural* está a etnia, a nacionalidade, a religião, a escolaridade e a classe social. A *dimensão familiar* assegura a subsistência e está relacionado com os aspetos financeiros, de suporte, apoio e capacidade de cuidar. A *esfera existencial* engloba todas as outras dimensões, dando significado a cada uma. Cada pessoa atribui significações próprias à saúde, ao corpo, aos bens, à família, às emoções, aos sentimentos e às crenças. Na perspetiva de Saporetti (2009, p. 271) “A *dimensão espiritual* engloba a relação com o transcendente ( $\alpha \omega$ )<sup>1</sup>, sendo necessário diferencia-las das questões existenciais e religiosas”. Embora alguns autores considerem as dimensões existenciais e espiritual sinónimas, para este autor a dimensão espiritual relaciona o existencial com o transcendente, seja ele Deus, a natureza, o sobrenatural, ou o sagrado.

Passamos a uma breve síntese das dimensões elencadas, embora estas não estejam compartimentadas, mas interligadas influenciando-se mutuamente.

### **Dimensão fisiológica**

A morte apesar de ser um fenómeno ancestral e presente na natureza dos seres vivos continua a ser difícil de definir, mesmo em termos biológicos. Kastenbaun (1983) refere que o conceito é sempre relativo, complexo, obscuro, ambíguo, ou em evolução e influenciado pelo contexto situacional, social e cultural. Na perspetiva de um geneticista a morte corresponde à saída do mundo vivo, à cessação dos processos bioenergéticos e das funções a eles associados. Para o fisiologista a morte significa a paragem completa, definitiva, ou irreversível de todas as funções vitais, seguida da desorganização das estruturas teciduais e celulares (Santos, 2009c). Historicamente a determinação oficial da morte era feita pela ausência de batimentos cardíacos e de frequência respiratória,

---

<sup>1</sup> ( $\alpha \omega$ ) alfa e ómega são as letras do início e fim do alfabeto grego.

sendo a ausência de sinais vitais motivo da sua confirmação. Sem nos determos em pormenores explicativos da avaliação de cada parâmetro, através de guidelines das diferentes academias nacionais ou estrangeiras, que enumeram critérios preditores, sabemos que o conceito atual orienta-se por critérios neurológicos, sendo a ‘morte cerebral’ a que confere mais certezas. “Embora este termo seja inapropriado porque resulta da atenção prioritária da morte de uma parte do organismo, e não do organismo como um todo” (Santos, 2009c, p. 305).

O conceito de ‘morte-em-si’ entende-se por morte desprovida das suas particularidades e, desassociada de sentimentos, porque é a ‘morte da consciência’, materializada na ‘morte do cérebro’. Tal conceito está na base da compreensão mecanicista da morte e do morrer, especialmente consagrada pelo consenso médico na Declaração de Harvard, em 1968. A morte, nessa aceção, não é um evento, mas um processo de falência em que os órgãos e sistemas vitais vão entrando em colapso progressiva e sucessivamente. Trata-se de uma visão que nega as visões locais sobre morte-morrer, em nome de uma cultura científica universal (Gurgel, 2007).

O doente portador de doença avançada progressiva, ou de diversas enfermidades, vai paulatinamente alterando o seu estado de saúde seguindo, entre outros, os seguintes sintomas associados aos problemas físicos em fim de vida e resultante das complicações da doença ou do agravamento geral do seu estado de saúde: dor, alterações intestinais e urinárias, retenção de líquidos com formação de edemas, alteração do ph da cavidade oral com o aparecimento de aftas e candidíases, náuseas e vômitos, anorexia, perturbações do sono, astenia, disfagia, perda do tônus muscular e perda da integridade cutânea, alterações do estado de consciência, confusão mental (Macmillan, Hopkinson, Peson & Hycha, 2000) e (Astudillo, Mendinueta & Astudillo, 2002).

Há alterações globais na pessoa que por serem tão frequentes Figueiredo (2009), considera-as sinais premonitórios da morte e que são indícios de que o fim se aproxima, como o alheamento e as alucinações. De acordo com a experiência do autor, o alheamento ocorre entre três a um mês antes da morte. Instala-se um desinteresse progressivo em relação à realidade externa. Há um isolamento progressivo e perda de contacto com os media, com a informação, com a rede social e com a família, podendo o moribundo ficar de olhos fixos no infinito ou no teto e nem reagir ao contacto físico, ou ao toque. As alucinações surgem uma a duas semanas antes da morte. O doente tem manifestações visuais e auditivas em que conversa com amigos ou familiares falecidos,

o que assusta a família que solicita a intervenção terapêutica para o acalmar. O autor considera que as alucinações são normais, surgem como uma manifestação da espiritualidade do doente e não devem ser eliminadas.

No processo de fim de vida vão se acentuando os sinais físicos que indiciam a falência orgânica como a baixa da pressão arterial; a arritmia; a temperatura que oscila entre quente e fria; a cor da pele altera-se podendo ficar azulada, pálida ou amarelada; a respiração torna-se irregular com períodos de apneia podendo tornar-se ruidosa por excesso de secreções brônquicas e a nível psicomotor surge a mioclonia e os movimentos atetóticos do tipo puxar a roupa (Figueiredo, 2009). É necessário o enfermeiro estar atento aos sinais e sintomas premonitórios, para perceber que o término está próximo e ajudar a família a interpretar e a conviver com as sucessivas alterações.

### **Dimensão cultural**

A morte é um grande organizador cultural e a cultura encontra respostas para ela por meio dos rituais que unem as pessoas, facilitam a expressão dos afetos e ajudam no processo de construção do seu significado. Kübler-Ross (1975) considera a morte uma força altamente criativa, em que os valores espirituais da vida devem a sua gênese a reflexões e estudos sobre a morte. A autora cita Michelangelo (s.d.) “nenhum pensamento existe em mim, que a morte não tenha esculpido com o seu cinzel”.

Todas as culturas pretendem comunicar ao inconsciente uma mensagem sobre o morrer, através dos rituais mortuários pretendem mostrar um caminho, um propósito, uma realidade simbólica que o inconsciente reconhece e valida. A tradição de preparar o corpo, banhá-lo, ungi-lo e vesti-lo reafirmam ao falecido a sua condição de pessoa e prolongam a sua permanência com os que ficam, retardando a separação, através da vigília e das orações. O facto dos vivos quererem manter o morto sempre acompanhado garantem a sua presença neste mundo, assegurando a sua identidade até a hora da despedida final (Bayard, 1996).

Os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros, nas suas atividades quotidianas, contactam com pessoas e famílias provenientes de diversas culturas e microculturas, existindo a necessidade de que os seus cuidados sejam empáticos e culturalmente competentes, com ganhos para ambas as partes, isto é, o proporcionem



uma morte serena, ou a melhoria da situação de saúde, ou de bem-estar por parte da pessoa que é cuidada e a aquisição de conhecimento sobre a cultura em que se desenrola o processo de cuidados, por parte do cuidador. Barradas, Rodrigues e Pereira (2009) referem que a enfermagem é uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma forma significativa, respeitando os valores culturais e os estilos de vida. O cuidar na multiculturalidade revela-se um desafio para a enfermagem devido à situação mundial de mobilidade e de globalização, salientam as autoras.

A cultura é, na opinião de Ramos (2006), um conjunto de sistemas simbólicos, elaborados pelo coletivo de transmissão geracional, que se caracteriza por um conjunto de recursos interpretativos. Sendo um conjunto dos elementos aprendidos em sociedade pelos seus membros e que correspondem a ações, perceções e pensamentos, raciocínios, crenças, sentimentos e sensações. A cultura é tudo o que se aprende de forma consciente ou inconsciente e que se pode transmitir e comunicar. A cultura é um fator importante a valorizar nos cuidados de saúde. Se a sociedade é multicultural, deve-se conhecer as concepções de vida e de morte dos clientes de modo a ajustar os procedimentos de saúde a essas realidades e para que se possa estabelecer uma relação terapêutica adequada (Leininger, 1998).

A enfermagem está particularmente atenta à diversidade cultural, isto é, às diferenças entre as culturas, assim como entre as subculturas e a cultura dominante. A multiculturalidade leva à formação de subculturas, que expressam diferentes formas de viver a vida e a morte, distinguindo-as da cultura dominante. A sociedade vivencia os fenómenos de saúde de forma multicultural. Sendo a multiculturalidade a diferença visível e secreta entre pessoas de diferentes grupos populacionais relativamente aos seus valores, crenças, linguagem, características físicas e padrões gerais de comportamento (Bolander, 1998).

É impossível conhecer todos os modos de vida e práticas das diferentes culturas, subculturas e grupos étnicos que se poderão encontrar, contudo, Neves (1999) considera que se pode desenvolver competência cultural se o enfermeiro possuir conhecimentos adequados, evitar fazer julgamentos sobre os comportamentos e práticas culturais e planear as intervenções de enfermagem de acordo com essas diferenças.

Para que se desenvolva a competência cultural é necessário que o enfermeiro tenha sensibilidade cultural, isto é, tenha uma atitude e comportamento de grupo, que permita

adquirir conhecimentos e respeitar as crenças e costumes de outras culturas e de cada família, estando particularmente sensíveis às que se referem a necessidades de cuidados de saúde. A cultura da família afeta a forma como esta procura os cuidados de saúde, cumpre as recomendações dos profissionais e expressa os rituais de transição (Opperman, 2001).

Nas multiculturas, os enfermeiros obtêm conhecimentos sobre as concepções de vida, de pessoa e de comunidade, tentando compreender qual o contexto em que a pessoa está inserida para poder desenvolver o seu processo de cuidados. Esta aprendizagem, como referem Barradas, Rodrigues e Pereira (2009) promove um crescimento contínuo como pessoas e como profissionais perante as situações de saúde e de doença, leva ao questionamento sobre o modo como as crenças e os valores influenciam as atitudes perante a vida e a morte.

### **Dimensão espiritual**

Há diferentes concepções sobre a morte, uma delas é a de tradição materialista ocidental, que surgiu na antiguidade e depois foi retomada pelos filósofos do iluminismo, a partir do século XVIII, para a qual a morte é o fim total e absoluto. Nada mais do que a interrupção de um processo neurofisiológico, ou o fim de um evento biológico. Essa concepção, mais tarde lapidada pelos existencialistas, como Jean-Paul Sartre, fundamenta a visão de que morrer é um fracasso, um escândalo, uma ideia inconcebível com a qual é impossível lidar e inútil tentar conviver. Como refere Vomero (2002) a morte não cabe na ideia cartesiana de vida na qual tudo pode ser medido, compreendido, planeado. A finitude quebra a ilusão iluminista e antropocêntrica de que o homem poderia controlar tudo por meio da sua razão. A possibilidade de não estar mais aqui amanhã, não é compatível com esta forma de entender o mundo. Em oposição à visão materialista da morte, várias concepções religiosas procuram ajudar a suavizar o sofrimento causado pela finitude e a aceitar a condição de transitoriedade humana. A ideia de transcendência em que propõe ao indivíduo que ele continue a existir de outro modo, é muito reconfortante.

A religião enquanto fenómeno universal pretende satisfazer o homem em relação às cogitações existenciais que se vão colocando ao longo da vida, tais como a origem do mundo e o destino de cada pessoa. Este tipo de questões assombra o pensador e leva-o a tomar consciência que a única coisa que tem certa na vida é a morte. Da imaginação de

cada pessoa, ou do imaginário coletivo, terá nascido a atividade religiosa, em que o primeiro mistério é a morte do outro, deduzindo que será também esse o nosso destino. Ao tomar consciência desta possibilidade os acontecimentos de vida passam a ter como pano de fundo a morte.

O desejo da imortalidade é comum em diferentes culturas, Jacquard, (1997, p. 146) salienta que “ (...) o primeiro desejo é escapar à morte; radica aí o desejo de eternidade. Todas as religiões se posicionam face ao insondável mistério da morte (...). O papel das religiões é transformar essa angústia em esperança. Por exemplo: a esperança num paraíso imaginário”. Cada religião possui os seus valores, crenças e rituais que se impõem como princípios fundamentais para as normas de conduta moral e social, regulamentando as interações humanas e conferindo sentido à construção de uma cultura.

As questões da religiosidade, tal como do sentido da morte, não são novas, mas são sempre atuais. Vários autores do século passado consideram que o século XX, foi mais religioso que todos os outros. “O que acontece é que não encontrou ainda o Deus que possa adorar” (Nogare, 1985, p. 263).

O conceito de religiosidade e espiritualidade embora sejam rotineiramente utilizadas com o mesmo sentido, são conceitos diferentes e vários autores chamam a atenção para a necessidade de os clarificar. Quando se fala de espiritualidade pode-se pensar na ligação da pessoa a uma determinada religião. A espiritualidade poderá ser sinónima de religiosidade para as pessoas cuja dimensão espiritual está muito intercetada pela dimensão da religiosidade, porque o termo espiritualidade proporciona alguma ambiguidade e que procuramos clarificar recorrendo à opinião de diferentes autores.

Para Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007) o espírito é a parte imaterial, intelectual ou moral do homem. O termo espiritualidade envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitado a tipos de crenças ou práticas. As religiões assentam na crença da existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do corpo, enquanto a religiosidade é a extensão na qual o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Hennezel e Leloup (1998, p. 15-18) contribuem para clarificar os dois conceitos, consideram que a espiritualidade pertence a qualquer ser que se questiona perante a simples realidade da sua existência. “Ela tange a sua relação com os valores que o transcendem, seja qual for o nome que lhes dê (...) As religiões

representam as respostas que a humanidade tentou dar a essas perguntas, através de um conjunto de práticas e de crenças”.

Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última distingue-se pela aderência a um sistema de adoração de uma doutrina específica partilhada com um grupo. Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças, ou valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam o seu estilo de vida e comportamento. Pode haver sobreposição com espiritualidade, pois crenças pessoais não são necessariamente de natureza não-material, como no ateísmo (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). O atendimento espiritual difere da prática de rituais religiosos. Atkinson e Murrey (1989, p. 567) consideram “a religião como a crença no sobrenatural e a espiritualidade como uma qualidade mais ampla que a religião”.

Para Chan, Chung, Lee, Wong e Lee et al (2006) a espiritualidade é uma experiência universal que engloba o domínio existencial, é a essência do que é ser humano; não significa uma doutrina religiosa, mas uma filosofia do indivíduo, dos seus valores e do sentido atribuído à vida.

Lourenço (2004) considera que ao longo do percurso de vida, cada pessoa vai estruturando o seu desenvolvimento espiritual que pode ser de ordem religiosa, psicossocial ou alicerçado na fé. O desenvolvimento espiritual de *ordem religiosa* depende do sistema de crenças, valores e rituais da religião específica. Podendo levar ao desenvolvimento da espiritualidade, “(...) mas se a pessoa aceita as práticas religiosas e não interpreta o que está para além delas, poderá não ajudar ao desenvolvimento espiritual” (Lourenço, 2004, p. 113). O desenvolvimento espiritual de *ordem psicossocial* vai-se alterando de acordo com as relações que o indivíduo estabelece com os outros, atribuindo significado às suas experiências. O desenvolvimento pela *fé*, depende do modo como cada pessoa define essa fé e acredita nela, o que poderá representar uma maneira de ser, de viver ou de imaginar, refere a autora.

A atitude espiritual do Ocidente é inspirada nas tradições monoteístas. De acordo com a opinião de Hennezel e Leloup (1998, p. 32) “A vida, o sofrimento, a doença e a morte, são lugares de passagem (...)”. Na tradição judaico-cristã, a morte é uma passagem para um estágio de consciência diferente.

A morte não é o fim da vida, é o fim de uma ilusão, um livramento, uma libertação do sofrimento, do encadeamento de causas e efeitos. É por isso que a morte é um momento abençoado, o momento mais sagrado da existência, pois oferece finalmente o ensejo de entrar num espaço ilimitado.

O modo como encaramos a vida, o acompanhamento e o cuidar do moribundo, a morte e o morrer e o culto aos mortos é influenciado pela representação das concepções metafísicas. Sendo inúmeras as visões sobre o homem, Hennezel e Leloup (1998, p. 28) sintetizam quatro correntes contemporâneas: A primeira é do homem *unidimensional*, restringe-se ao corpo e à matéria, este é um composto, que em breve ficará decomposto. Outra, é a do *bidimensionalismo*, sob o ponto de vista do corpo como animado, a que se chama “alma”, “psique”. Nesta visão distingue-se a alma do corpo, visão antropológica de Platão e Descartes. A visão *tridimensional*, engloba não só o corpo e a alma, mas também o espírito (nous em grego e mens em latim), é a “fina ponta da alma”. A visão *quaternária*, não nega nenhum dos elementos antropológicos anteriores, antes interliga-os. Trata-se do ‘pneuma’, ‘sopro’, que habita, inspira e ilumina o ser humano.

A dimensão espiritual é importante para a qualidade de vida do homem e particularmente da pessoa moribunda, como refere Lopes (1985, p. 84), a propósito do fenómeno religioso “a sociedade é religiosa, a religião é social”. A religião deixa transparecer e interpreta os frêmitos da vida e os problemas inerentes à condição humana. As fantasmagorias sobre a finitude absoluta convivem, lado a lado, com as percepções do acesso a um mundo melhor pós-morte e, de certa forma, reproduzem o conflito da existência humana desde épocas primordiais (Lopes, 1985).

As principais religiões existentes no mundo possuem diferentes explicações para a morte e rituais diversos para a honrar. A religião é um espaço de excelência para que a morte tenha voz, podendo cada tradição religiosa transmitir o seu pensamento e exibir rituais de forma diferente, no entanto é comum a ideia de aceitar a morte, de a encarar como um rito de passagem, uma transição ou jornada, em que a vida é considerada como um período intermédio, sendo a morte uma passagem para um novo viver mais pleno e superior. A visão da morte, na perspectiva religiosa é bastante positiva na medida em que conduz sempre a um plano superior de realização, salvação ou mesmo libertação. Nesta perspectiva a vida e morte não se opõem; pelo contrário, sucedem-se, sendo a vida uma etapa num processo do qual a morte também é parte integrante, mas não o fim, com a imortalidade da alma fica assegurada a continuidade da existência do Ser junto ao Criador.

De um modo geral as religiões, e particularmente as que provêm das filosofias do oriente, desdobram-se num panorama grandioso acerca das hierarquias espirituais situadas em inúmeros planos, que se colocam em sucessão para além do plano físico, onde viveremos as nossas imperfeições e suas consequências. Mostram-nos uma perspetiva fascinante em que trocamos de roupagem e mudamos os estados de consciência à medida que avançamos cada nível de evolução. Ascendemos à custa da experiência adquirida nas sucessivas reencarnações e os erros que cometemos e as suas consequências serão os nossos mestres e o esmeril que lima as arestas do espírito ainda rude e imperfeito (Andrade, 2003).

A natureza religiosa e espiritual do ser humano é uma área ainda pouco abordada pelos profissionais da saúde e torna-se vital nos cuidados aos que estão partindo. A abordagem das questões espirituais e religiosas dos doentes deve ocorrer de forma precoce para que as medidas necessárias sejam tomadas, de modo a dar resposta aos desejos dos utentes e famílias.

Os prestadores de cuidados, não são só conhecedores das alterações dos processos fisiológicos que antecedem a morte física, são também possuidores de um quadro filosófico de compreensão dos fenómenos da vida e da morte, pelo que devem ser capazes de personalizar as intervenções, adaptar os procedimentos de acordo com as convicções pessoais, respeitar as escolhas de cada indivíduo e conhecer um pouco dos rituais, das crenças e valores culturais de cada grupo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Conhecer as próprias crenças sobre finitude, religião e espiritualidade é o ponto de partida para melhor auxiliar os utentes e suas famílias. “Os profissionais de saúde devem ser treinados para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, não impondo conceitos próprios, mas respeitando e incentivando a participação dos clientes nas práticas religiosas”, refere a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2007, p. 318).

De acordo com Saporetti (2009) os cuidados em fim de vida visam prevenir e aliviar o sofrimento físico, psicológico, espiritual e familiar. Em Portugal reconhece-se como um direito básico de todos os cidadãos, sobretudo daqueles que se encontram e declaram doentes, o direito ao acompanhamento espiritual. A consagração deste direito implica alguma reformulação no modo como está organizado o sistema de saúde. Tal direito vem claramente consagrado na Carta dos Direitos dos Utesntes dos Serviços de Saúde,

onde também se propõem medidas eficazes para a sua concretização em todas as unidades de saúde (Nunes, 2006).

### **Dimensão familiar**

Face a quadros de degradação do corpo físico e do alheamento social e afetivo do moribundo, a família e os amigos sentem a morte como sofrimento, uma ameaça e uma perda, que lhe acarreta duas funções, a de vivenciarem o processo de terminalidade do doente e a de elaborar o processo de luto. À morte de um ente querido seguem-se reações de dor, que podem surgir numa sequência previsível, ou não. “Às vezes só se sente a intensidade da perda sofrida meses depois e a pessoa enlutada nem sempre compreende que essa experiência é perfeitamente normal” (Macmillan, Hopkinson, Peden & Hycha, 2000, p. 150).

A morte é um facto único na sua individualidade e os eventos que acontecem na etapa final de vida sucedem-se em número e sequência totalmente aleatória. No entanto sabemos que quando um familiar tem uma doença que ameaça a vida, todos os envolvidos tem a sensação que estão eminentes mudanças e perdas a que Macmillan, Hopkinson, Peden e Hycha (2000, p. 22) chamam de luto antecipado e que compreendem: “a sensação de que o tempo pára; as prioridades mudam, a vida e a morte assumem novos significados, as coisas que antes estavam certas e estáveis alteram-se, as esperanças para o futuro desaparecem e a vida pode até perder o sentido temporariamente”.

A morte deixa de ser “*familiar*”, “*doméstica*” e passa a ser um “*tabu*”, algo a que se tenta fugir, a fim de não lidar com a mesma e os processos dos enlutados adquirem outra configuração. Os rituais fúnebres passam a ser cerimónias mais discretas, com breves condolências e curto período de luto, como refere Maranhão (1986, pp. 18-19).

Depois dos funerais, vem o luto propriamente dito. O dilaceramento da separação e a dor da saudade podem existir no coração da esposa, do filho, do neto; porém, segundo os novos costumes, eles não deverão manifestá-los publicamente. As expressões sociais, como o desfile de pêsames, as cartas de condolências e o trajar luto, por exemplo, desaparecem da cultura urbana. Causa espécie anunciar o seu próprio sofrimento, ou mesmo demonstrar estar sentindo-o. A sociedade exige do indivíduo enlutado um autocontrole de suas emoções, a fim de não perturbar as outras pessoas com coisas tão desagradáveis. O luto é mais e mais um assunto privado, tolerado apenas na

intimidade, às escondidas, de uma forma análoga à masturbação. O luto associa-se à ideia de doença.

O sentido e as consequências da perda variam, dependendo da fase específica do desenvolvimento do ciclo de vida em que esta ocorre. Walsh e McGoldrick (1989) referem diferentes aspetos no ciclo trigeracional de vida da família, dando particular relevância às perdas prematuras que ocorrem fora das expectativas cronológicas ou sociais; a coincidência de múltiplas perdas, ou de uma perda que acarreta várias mudanças na família; as perdas traumáticas; o luto não resolvido e o aparecimento de sintomas coincidindo com uma perda recente, ou ameaça de rutura, as quais a pessoa não associa, mas que é necessário os profissionais de saúde estarem atentos, como no caso de perturbações da criança, ou dificuldades na conjugalidade.



## 1.2. PERSPETIVA HISTÓRICA DA MORTE NO OCIDENTE

*"A nossa sociedade da banalidade rasante,  
do consumismo enlouquecido, da espectacularização ridícula,  
da correria alienada e alienante, só pode ser o que é  
enquanto assente no tabu da morte.  
Se a morte voltasse ao pensamento sereno dos homens,  
ela imporia uma conversão."  
(Borges, Anselmo, 2006)*

Possuímos uma herança cultural sobre a morte, sendo as atuais interpretações parte da herança que as antigas culturas nos legaram. Sinteticamente é descrita a evolução histórica da forma como foi construída e reformulada a ideia da morte na cultura ocidental. Embora fosse interessante, mas por necessidade de delimitar o estudo, não serão abordadas as perspetivas e os cultos nas sociedades remotas.

As atitudes perante a morte são diversas. Cada sociedade através dos tempos, construiu a sua realidade sustentada em crenças e valores, sendo os rituais funerários a expressão do modo como vemos a morte dos outros, e mostram, frequentemente, do ponto de vista psicológico, a ambivalência de emoções que se geram diante do fim, como a dor, o sofrimento, o apego ou o alívio, ou a crença na imortalidade.

### **A morte nas antigas civilizações**

Não existe relato de praticamente nenhum grupo arcaico que abandonasse os seus mortos sem rituais. Práticas encontradas nas diferentes culturas atestam essa veneração (Morin, 1997).

No período paleolítico superior, surgiu o ritual de sepultar os mortos. “O Homo Sapiens enterrava-os e coloca junto ferramentas e alimentos para os auxiliar e sustentar na outra vida” (Oliveira & Callia, 2005, p. 8). Arqueólogos e antropólogos, descobriram que o homem de Neanderthal tinha cuidados com os cadáveres. Não só os enterrava, como às vezes os reunia em grutas, revelam os legados perto de Menton (Morin, 1997).

Na pré-história, os mortos dos povos musterenses eram cobertos por pedras, principalmente sobre o rosto e a cabeça, tanto para proteger o cadáver dos animais, como para evitar que retornassem ao mundo dos vivos. Mais tarde, eram depositados alimentos e as armas do morto sobre a sepultura de pedras e o esqueleto pintado de

vermelho. O prestar culto aos mortos expressava o desejo de sobrevivência por parte dos vivos.

Os antigos egípcios consideravam a morte como uma ocorrência dentro da esfera da vida, ensinavam cada indivíduo a pensar, sentir e agir em relação à morte. Nesta civilização milenar o mundo dos vivos, situado do lado oriental do Nilo, contrastava com os sarcófagos depositados do lado ocidental do rio, numa clara alusão ao lado nascente e poente do Deus Rá (Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

Entre os povos malaios, que viviam num sistema comunitário, a morte era sentida como uma perda no interior do grupo, pelo que os sobreviventes faziam um trabalho de lamentação coletiva diante do morto. Nas culturas mais antigas a familiaridade e intimidade com a morte não impedia que as pessoas temessem a proximidade com os cadáveres. Aubert (1995) refere que os cultos funerários tinham como objetivo impedir que estes voltassem para perturbar os vivos. “Tal facto determinou que as necrópoles ficassem longe das cidades, preservando as casas dos habitantes” (Aubert, 1995, p. 36). Nas civilizações antigas pré-cristãs, o mundo dos vivos devia estar afastado dos mortos. “Os cemitérios situavam-se fora das cidades, à beira das estradas como a Via Appia em Roma, e os Alyscamps em Arles” (Ariès, 1989, p. 25).

Desde as civilizações mais remotas que o problema da doença e da morte foi uma preocupação dos vivos, as terapias propostas para minimizar os efeitos do desgaste orgânico e proporcionar a cura, foram através dos tempos, alicerçadas em crenças mágicas, obscuras e reduzidas a elixires de juventude que visavam suprimir os efeitos decorrentes da idade e do desgaste orgânico (Gyll, 1998).

Em todas as civilizações desde os primórdios da humanidade encontramos uma constante: a convicção, embora sob diferentes formas, numa vida futura após a morte. A crença universal no além apresenta traços típicos, como o facto de muitas vezes estarem ligadas a ideias religiosas, e a exigências éticas, baseadas no pressuposto de que “a condição pós-morte depende do comportamento ético do indivíduo durante a vida” (Aubert, 1995, p. 28).

### **A morte na idade média**

A morte ‘dita domada’ foi uma atitude perante a morte que ocorreu durante um longo período da história, protótipo da época dos cavaleiros medievais. Na morte domesticada

o destino revelava-se através da morte, que era aceite pelo moribundo, em cerimónia pública, inclusive assistida por crianças, cujo ritual era fixado pelos costumes locais. Esta familiaridade com a morte durou até ao romantismo. O homem medieval via a doença e a morte como algo natural presente no quotidiano de todos, sendo tratada na própria casa do moribundo, que não precisava de esconder a sua angústia e os familiares podiam fazer as despedidas e preparar o luto.

Na idade média nasce o desejo de que as pessoas fossem enterradas junto dos santos. As igrejas são o local para sepultar os mais afortunados, e alargam-se os cemitérios para os menos importantes. Progressivamente, os falecidos deixaram os campos e vieram para a aldeia ou vila, instalando-se ao lado dos vivos, nas igrejas, que incluíam os cemitérios, onde os cheiros desagradáveis, ou as caveiras à vista não perturbavam os vivos familiarizados com os mortos (Pinto & Veiga, 2005).

O Cristianismo, com a apologia do culto dos mártires e dos santos, provocou grandes alterações, tanto nos cultos cristãos, como nos cultos de origem africana, começam a ser construídos santuários junto aos túmulos (Ariès, 2003). Escavações arqueológicas demonstraram acúmulo de corpos sepultados nos santuários, ao redor de altares. Os cemitérios cristãos localizavam-se no interior e ao redor das igrejas. A palavra *cemeterium* significava também lugar onde se deixa enterrar. Pelo que eram comuns as valas cheias de ossadas sobrepostas e expostas ao redor das igrejas. “Na época medieval, a palavra ‘igreja’ não designava só o edifício da igreja, mas todo o espaço em seu redor (...). A igreja paroquial é constituída por nave, campanário e cemitério” (Ariès, 1989, p. 27).

### **A morte na segunda metade da idade média**

Na idade média, a morte era tratada como um rito de passagem para a morada definitiva da alma, e encarada com tranquilidade e resignação (Martins, 1983). A partir da segunda fase da idade média, nos séculos XI-XII, dão-se algumas modificações nas atitudes perante a morte, influenciada pela concepção do destino coletivo. Encetou-se uma nova atitude em relação à morte de si mesmo, sendo lançadas as bases do que seria na sociedade moderna a morte, que de aceite com serenidade, passa a ter um sentido dramático e pessoal (Aubert, 1995). O homem da segunda metade da idade média

começa a preocupar-se consigo mesmo e surge a preocupação com a ‘morte de si próprio’ ou a ‘morte na primeira pessoa’ (Ariès, 2003).

A familiaridade existente entre o homem e a morte, diminuiu. A morte representava o aceitar da ordem natural, que sujeita o homem à lei da espécie, e não se cogitava evitá-la. A morte tornou-se o lugar em que o homem tomava consciência de si mesmo. A partir do século XIII assiste-se a uma mudança nos rituais funerários, que passam a utilizar o caixão como forma de ocultar o corpo morto, constituindo um de muitos outros rituais florescentes. Segundo Ariès (2003) a individualização das sepulturas com inscrições que as identificasse, surge com o desaparecimento do hábito de abandonar o defunto na igreja ao anonimato até ao dia da ressurreição.

O facto de os mortos serem enterrados na igreja, ou no cemitério adjacente não impedia que fossem locais públicos, de convívio o que desagradou à igreja Católica. “O concílio de Ruão em 1231 proíbe que se dance no cemitério e na igreja, sob pena de excomunhão” (Ariès, 1989, p. 29), mas tal ordenação nem sempre foi acatada e em 1405 o Vaticano volta a proibir que se realizem atividades de divertimento ou mercantis no espaço cemiterial.

A igreja situada no centro da vida urbana, tinha espaço em redor para jogos, feiras e negócios, o que possibilitava o convívio com os cadáveres e os restos mortais em decomposição. A morte era fonte de inspiração e a sua expressão pictórica, ‘*ars morendi*’, reprimida posteriormente em razão do carácter mórbido atribuído a esta arte (Ariès, 1989). Os mortos cujos corpos haviam sido confiados à igreja, ou aos santos, descansariam até ao despertar celeste no paraíso. Aos que não pertenciam à igreja restava o abandono de não-ser. No século XII, a doutrina e moral cristãs fazem referências à separação dos justos e dos pecadores, por intermédio do julgamento e da pesagem das almas; as boas e as más ações são anotadas no ‘*liber vitae*’.

No leito, o moribundo revê de relance toda a sua vida, tal como está no livro, e deseja anular os pecados que cometeu em vida. A iconografia dos séculos XV-XVI espelha essa arte de bem morrer, que pressupunha que se resistisse à tentação do desespero ou do orgulho, bem como o arrependimento sincero dos pecados cometidos (Feijó, Martins & Pina-Cabral, 1985). A morte ameaçava todos de forma igual e o importante era garantir a salvação e a vida depois da morte, surgindo nesta época o ritual de rezar missas por alma da pessoa falecida, sendo o moribundo, muitas vezes a expressar no testamento o

número de missas que pretendia que fossem rezadas posteriormente pela sua alma (Ariès, 2003).

A idade média teve momentos de crises sociais que marcaram uma mudança radical na maneira do homem lidar com a morte. Kastenbaum e Aisenberg (1983) referem que a sociedade do século XIV foi assolada por pestes, por fome, pelas cruzadas e pela inquisição; uma série de eventos provocadores da morte em massa. A total falta de controlo sobre os acontecimentos sociais, teve reflexo na forma de encarar a morte, que não podia ser controlada magicamente como em épocas anteriores. Ao contrário, a morte passou a viver lado a lado com o homem como uma constante ameaça. Esse descontrolo, trouxe à consciência do homem da idade média, o temor da morte. A partir daí, uma série de representações negativas começam a ser-lhe associadas, como conteúdos perversos, macabros, torturas e flagelos. Estas representações simbólicas atravessaram o tempo até aos dias de hoje.

O homem do final da idade média tinha a consciência de que era um morto protelado, sendo o adiamento curto, porque a morte sempre presente no seu interior destruía as ambições, envenenava-lhe os prazeres. E, “esse homem tinha uma paixão pela vida que nós, hoje, mal compreendemos, talvez porque a nossa vida se tornou mais longa” (Ariès, 1989, p. 38).

### **A morte no início da idade moderna**

Até ao fim do século XVII, a familiaridade com a morte era a principal estratégia cultural para lidar com o fenómeno. A socialização ocorria a partir da noção de que a morte fazia parte da vida, na medida em que estava articulada com outras mortes do domínio da natureza, como a morte de outros animais, as mudanças de estação, etc. (Ariès, 1989).

Os ritos eram simples, sem exacerbações emocionais, o moribundo sabia identificar o momento de preparação da partida, aceitava a morte, exprimia as suas últimas vontades e recomendações. A família desencadeava os procedimentos de preparação da morte através de providências para o velório e o funeral. O testamenteiro recebia as instruções sobre as últimas vontades, incluindo o número de missas a serem rezadas por dia, mês ou ano em sufrágio da sua alma.

O moribundo assumia atitudes de arrependimento ou de perdão, de reconciliação com a família, dava a bênção e despedia-se, invocando a proteção dos santos e anjos para salvação da alma. Seguia os princípios católicos, desprendia-se do mundo material e pensava em Deus: confessava-se, comungava e recebia do sacerdote os últimos sacramentos. Surge a supressão do tempo escatológico entre a morte e o juízo final, passando a acreditar-se que o julgamento acontecia na “hora da morte”, à volta do leito, ainda no quarto do agonizante (Aubert, 1995).

Durante muito tempo a morte no ocidente foi encarada como um acontecimento simples, sem dramatismos nem emoções excessivas. O moribundo, pressentindo a proximidade do fim, aguardava a morte no leito doméstico, rodeado de familiares, amigos e vizinhos, incluindo as crianças (Sousa, 1997). O próprio presidia ao seu cerimonial, porque sabia como comportar-se, de acordo com o que havia aprendido no testemunhar de situações idênticas. Depois do moribundo receber a extrema-unção a família começava a organizar a casa para o velório, abrindo-se as portas para toda a comunidade visitar o corpo do defunto. As crianças, os pobres e os mendigos acompanhavam os acontecimentos fúnebres.

O padre encomendava a alma antes da saída do séquito para o cemitério, formado por parentes, amigos, vizinhos e membros da comunidade que mostravam a importância social ou política do falecido. O horário ideal para o enterro era ao entardecer, numa metáfora cultural entre o sono e a morte. A sepultura deveria ser no altar da igreja e o mais perto possível dos santos. Após a morte, os familiares observavam religiosamente os costumes e as manifestações de luto.

Os que não podiam pagar a sepultura junto dos santos, tinham como destino as valas abertas localizadas nos arredores das igrejas, que só eram fechadas quando estavam abarrotadas de corpos, para em seguida serem abertas mais adiante, noutra surto de peste.

A grande mudança de atitude perante a morte ocorreu entre os séculos XVI e XVIII. Se na primeira metade da idade média a morte era familiar, pois todos nós morremos; na segunda metade reconhece-se a morte de si próprio. A partir da idade média as mudanças não ocorreram no mundo dos factos reais, concretos e mensuráveis, “mas no mundo obscuro e extravagante dos fantasmas, no mundo imaginário, e o historiador devia nesse ponto converter-se em psicanalista” (Ariès, 1989, p. 43).

A partir do século XVI a morte carrega-se de sentido erótico, sendo considerada, na época, como o acto sexual, uma transgressão que arrebatava o homem da sua vida quotidiana, racional, lançando-o num mundo irracional, em rutura com a familiaridade com a morte até então ‘domada’, refere Ariès (2003).

Desde a segunda metade do século XVI até ao século XVIII, no período barroco, o homem contraria a crença popular de que uma boa morte resgatava todas as faltas cometidas, pelo que cada um deveria esforçar-se por agir bem, em vida. Como salienta Ariès (1988) a morte neste período é teatralizada, exaltada e dramatizada de forma exuberante e pomposa.

A grande mudança que surge no fim do século XVIII, e que se torna traço do romantismo é a complacência para com a ideia da morte, mudando também a relação entre o moribundo e a sua família.

As mudanças nas práticas do “*bem morrer*” surgem a partir das epidemias que assolaram a Europa (peste bubónica, cólera e outras), dizimando populações e impedindo a realização das obrigações prescritas pelo sistema cultural. Essas mudanças são reforçadas pela conceção de contágio das doenças através dos miasmas, como os odores e líquidos emanados pelos cadáveres, contaminando os ares, a terra e a água. No percurso desta hiperestesia coletiva, “o horror tem poder; o dejetos nauseabundo ameaça a ordem; a reconfortante vitória da higiene e da limpeza acentua a sua estabilidade” (Corbin, 1987, p. 11). Essa sensibilidade acentuou a necessidade de higiene e saneamento das cidades, que inclui também a reforma dos cemitérios, iniciada com a proibição das sepulturas nas igrejas e a construção de locais próprios fora do espaço urbano.

“A acumulação de mortos nas igrejas ou nos pequenos pátios adjacentes torna-se intolerável, pelo menos para os espíritos iluminados dos anos de 1760” (Ariès, 1989, p. 49). O que durava há um milénio torna-se objeto de críticas. A saúde pública põe em causa a higiene do ambiente e acusa a igreja de fazer tudo pela alma e nada pelo corpo. Entende-se que os mortos não deviam envenenar os vivos. A partir do século XIX deslocam-se os cemitérios para fora da urbe. Com o crescimento dos cemitérios públicos nasce o desejo da família de enterrar e venerar o defunto num local seu, e ter acesso ao local exato onde jaz o parente. Visita-se frequentemente o túmulo, como se visita a casa de um familiar. Há um exagero na decoração cemiterial e um exagero na forma de expressar o luto. “A morte temida não é, por conseguinte, a morte de si, mas

do outro” (Ariès, 1989, p. 48). A recordação do morto confere-lhe uma espécie de imortalidade, algo estranho ao cristianismo.

### **A morte a partir do século XIX**

A partir do século XVIII surge uma nova ideia da morte, uma concepção romântica e imaginária em que a morte é uma rutura, mas algo admirável que foge ao quotidiano e é explorada pela arte (Ariès, 2003).

No final do século XIX surge a tendência para ocultar e poupar o moribundo à gravidade da sua situação. A verdade torna-se problemática. A fealdade, a agonia e as perturbações geradas pela morte devem ser evitadas, não só ao doente, mas também à família e à sociedade. É imperativo a felicidade. Altera-se o ritual da morte e do morrer, o que torna o assunto ainda mais reservado.

No decorrer dos últimos dois séculos, pode observar-se que a ideia de morte vem perdendo, na consciência coletiva a sua onnipresença e a sua força de evocação. Esse processo acelera-se à medida que outros fatores políticos e sociais se vão alterando.

O modelo contemporâneo da morte, na opinião de Moreira e Lisboa (2006) teve o seu início com a burguesia do século XIX, baseado nas práticas curativas e na crescente dificuldade em admitir a sua própria morte e a dos outros, culminando com o advento da sociedade capitalista, que exacerbou o individualismo.

Com a industrialização e o progresso crescente, as pessoas passaram por um processo de transformação nos hábitos de vida. Devido à tecnologia em expansão, houve a necessidade de transferir mão-de-obra para a indústria, com o êxodo do rural, mudando drasticamente o estilo de vida da época. Essa mutação acarretou sérias consequências para a sociedade, houve uma expansão das áreas urbanas não prevista, sem planeamento urbanístico, sem saneamento básico e, consequentemente um aumento das doenças.

A indústria precisava de trabalhadores saudáveis para a produção em série e a ciência e tecnologia, em expansão, não tinham como manter os doentes em casa aos cuidados da família ou da comunidade. A sociedade industrial não tinha um local para tratar os trabalhadores e torná-los novamente produtivos, pelo que começaram a surgir os hospitais. Se, por um lado, as famílias precisavam produzir, já não havendo disponibilidade de tempo para cuidar do moribundo, por outro, a política de saúde da



época baseava-se nos preceitos de higiene, sendo a morte e o moribundo inseridos nesse contexto (Moreira & Lisboa, 2006).

No século XIX, a sociedade burguesa produziu, com as instituições higiénicas e sociais, privadas e públicas, um efeito colateral que inconscientemente talvez tivesse como principal objetivo evitar o espetáculo da morte. Morrer era antes um episódio público na vida das pessoas, mas sucessivamente alterou-se. A morte é cada vez mais expulsa do universo dos vivos. “Antes não havia uma só casa e quase nenhum quarto em que não tivesse morrido alguém. Hoje, os burgueses vivem em espaços depurados de qualquer morte, e quando chegar a sua hora, serão depositados pelos seus herdeiros em lares e hospitais” (Benjamin, 1985, p. 207).

Até meados do século XIX a atitude perante a morte mudou muito lentamente. No século XX, a partir dos anos 30, e principalmente no pós-guerra, a revolução de ideias e sentimentos foi tão forte que a morte tornou-se vergonhosa, não familiar e objeto de interdição. Ariès (2003) designa-a de ‘morte interdita’. A evolução dos sentimentos dos familiares, que começaram a partilhar com o doente o drama da morte, torna-os gestores da doença e do próprio doente que, por sua vez, passa a ser tratado de forma infantil, sem direito à informação ou à verdade. A família tolerando mal a morte, começa a deixar morrer o doente na ignorância, quase em segredo.

No início do século passado, morrer com dignidade era o desejo de qualquer pessoa, o que significava a abstenção terapêutica logo que o estado clínico fosse considerado irreversível, e o curso de uma morte tranquila, quase sempre no domicílio, acompanhada pela família e amigos e assistida pelos últimos ritos religiosos. Este cenário alterou-se profundamente em menos de meio século. A morte passou a ser um fenómeno ignorado e sonogado pela sociedade, dita civilizada.

As mudanças sociais e tecnológicas são cada vez mais intensas e velozes, o homem tornou-se cada vez mais individualista, preocupando-se menos com os problemas da comunidade. Essas mudanças, na opinião de Kübler-Ross (2002) têm impacto na forma como se lida com a morte. Convive-se com a ideia de que a qualquer momento, pode-se ser vítima de atentado ou acidente. Diante da falta de controlo sobre a vida, as pessoas tendem a defender-se psiquicamente contra a morte. Longe vão os tempos em que se podia escolher onde morrer; distante ou perto de tais familiares, no seu lugar de origem; ou noutro de referência, deixando mensagens aos descendentes (Kübler-Ross, 2002).

Morrer atualmente tem como cenário, de modo geral, as portas fechadas dos hospitais, a solidão e impessoalidade das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), o abandono nos lares ou asilos para idosos. A ceifadora implacável deixou de agir em ambiente doméstico, excluindo do processo final os parentes e amigos.

Passamos de uma atitude marcada pela inclusão da morte na vida quotidiana, cujo rito era conduzido pelo próprio moribundo, a ‘morte domada’, para um conjunto de atitudes que manifestam mudanças no modo de lidar com a morte. Desenvolvemos o medo da morte que impede a experiência com os instantes finais de vida e que impõe interdições quotidianas com a experiência do morrer. Procuramos fugir dos últimos minutos da vida e o local idealizado para a despedida é o hospital, lugar constituído pelas sociedades ocidentais para a reclusão dos moribundos. O marco de diferenciação do modelo da ‘morte interdita’ é o estabelecimento do ‘lugar de morrer’. “Entre 1930 e 1950, a evolução precipitou-se. Esta aceleração é devida a um fenómeno material importante: a transferência do local da morte. Já não se morre em casa, no meio dos seus; morre-se no hospital, e só” (Ariès, 1989, p. 56). Este processo está fortemente amparado pelas noções de contaminação/contágio e higiene, veiculados pela saúde pública.

### **A morte na época atual**

Outrora era desejável morrer lentamente, perto da família, onde o moribundo tinha a oportunidade de preparar-se para a última viagem e de despedir-se. Atualmente, prefere-se uma morte instantânea, que não cause longo sofrimento por doença prolongada. Na opinião de Kovács (2008), esta mudança de paradigma não ajuda a assimilar a ideia de morte e a tomar decisões concretas sobre assuntos familiares ou financeiros, porque é necessário um tempo de preparação para a finitude.

Procura-se distanciar a morte dos temas de conversa acabando por fazer desse tema um tabu, o mistificá-la faz redobrar, cada vez mais, os medos e receios. Conhecer a morte é procurar integrá-la na nossa vida a fim de valorizarmos e procurarmos melhores condições de existência. Até porque quase tudo na natureza não foge a essa conceção de começo, meio e fim, visto que o morrer está em toda a parte enquanto processo.

Ao mesmo tempo que a morte suscita angústia e medo ela exerce um grande fascínio e volúpia nas mentes humanas e, de alguma forma, a vida funciona como uma organização em que a morte seria o seu fim. Viver, só parece ter sentido a partir do

momento em que tomamos consciência da finitude das coisas humanas, pois o respeito pela vida passa pela aceitação natural da morte (Bantim, 2008).

A cultura ocidental deixou de incorporar a morte como parte da vida, e passou a vê-la como castigo ou punição. De um modo geral, o conceito de morte no ocidente relaciona-se com uma rutura, ancorada no modelo de vida que se projeta através da negação da ideia de finitude. Esta ideia é exteriorizada nas expressões linguísticas em torno da morte, que foram perdendo ou ganhando novos significados, ou até ficaram obsoletas. Termos como ‘*nuncius mortis*’ caíram em desuso, ao passo que outros como morrer, moribundo, hora da morte, ganharam novos sentidos de acordo com o modelo que se impunha (Ariès, 1989; Foucault, 2006 e Illich, 1975).

Surgem novas formas de conhecimento: o ‘*saber clínico*’, na ótica de Foucault (1980) ou o da ‘*medicina social*’, na ótica de Illich (1975), gerado pelo fortalecimento do sistema capitalista industrial, marcado por novas formas de racionalidade, das quais salientamos a resignação e a hospitalização. A primeira está ligada a um estereótipo da morte globalizada vista numa perspetiva estética em que não é de bom-tom, em nome da prosperidade industrial, manifestar o sofrimento, pelo contrário, de acordo com o pensamento burguês, “deve-se evitar o incómodo e a emoção demasiado forte, insustentável, provocados pela fealdade da agonia e a simples presença da morte em plena vida feliz” (Ariès, 1989, p. 56). Quando algumas famílias tentam perpetuar os rituais antigos, dos tempos medievais, estes não têm mais o mesmo ‘*poder simbólico*’ que antes, refere Bourdieu, (2005), isto porque “a resignação cria a necessidade de expropriação do sofrimento, cujo papel será desempenhado pela medicina ajudada pelos fármacos” (Illich, 1975, p. 127).

Tal como a ‘*colonização capitalista*’, a ‘*colonização médica*’ cria um sistema de dependência fortalecido por aquilo que Thompson (2002, p. 135) chamou de ‘*formas simbólicas*’. A colonização médica intervém sobre a capacidade da pessoa se adaptar ao mundo. Transformado em animal domesticado e desprovido do alarme da dor, o homem perde a capacidade de autoafirmação e de responder por si. As políticas públicas de saúde criam doentes dependentes da ‘*empresa médica*’, responsável por essa resignação, alienando os meios de tratamento e impedindo que o conhecimento científico seja partilhado, e a única resposta é resignar-se como forma de alienação (Illich, 1975).

Diferente da ‘*morte domada*’ da sociedade tradicional, entendida como um destino comum e coletivo a todos os homens e aceite e vivida sem medos, as características

contemporâneas fazem com que o quarto do moribundo passe a ser o do hospital e quem sabe do momento da sua morte é o médico, ou seja, a personalização do saber científico. “Até ao século XX o médico era um simples figurante no ‘*teatro da morte*’. No século XX o poder médico é a principal personagem nesta peça” (Zaidhaft, 1990, p. 61).

O cenário que justifica o domínio da resignação é o hospital. Ele torna-se a referência para a compreensão da nova linguagem que começou a ser forjada em torno do processo morte-morrer e tornou-se uma necessidade da sociedade. Surge o conceito de ‘*boa morte*’ a que Illich (1976) refere como a morte socialmente aceite, com regras e controlo médico. Nesta perspetiva a medicalização reduz a capacidade de lidar com a dor, o sofrimento e a morte. Esta é considerada como algo de anormal, inesperado e uma falha nas terapêuticas médicas. Por outro lado a institucionalização do moribundo confere aos profissionais de saúde poder e controle sobre as pessoas.

A morte globaliza-se quando pretende que não se fale dela. Ariès (1989) refere que o homem comum emudeceu, comporta-se como se a morte não existisse. O silêncio à qual foi vetada chegou, principalmente, ao leito do moribundo, sendo-lhe negado ou minimizado o direito à informação sobre o seu estado de saúde. E, se essa não for uma norma explícita, é pelo menos uma prática comum em diversos serviços, já que alguns médicos dissimulam ou evitam informar o moribundo da gravidade da situação. Como refere Ariès (1989), com a ‘*morte interdita*’, o novo costume exige que o moribundo morra na plena ignorância. Isto retira-o do convívio público e transforma a literatura e a informação sobre morte em literatura obscena ou sensacionalista.

Morrer não pode ser visto como um mero acontecimento clínico ou biológico. Ele é, antes de tudo, uma expressão da questão social da globalização da morte e representa o processo contemporâneo de formação e desenvolvimento das formas de assistência e de cuidar da pessoa em fim de vida. Este processo, na opinião de Gurgel (2007), vem sendo mais determinado por variáveis socioeconómicas, do que por condicionantes culturais ou religiosas, sendo marcado pela transformação da morte em objeto de consumo e ao mesmo tempo pela transferência de responsabilidades sociais do Estado social para o Estado neoliberal, representante do modelo capitalista de produção social e de pensamento global.

Se outrora as lutas sociais relacionadas com o morrer, estavam direcionadas para o direito aos ‘*sete pés de terra*’, um caixão e um lugar no cemitério, hoje, estão voltadas para os processos de fim de vida. Os moribundos e as suas famílias lutam pelo direito à

assistência, a uma morte digna e humanizada, o que significa o distanciamento das práticas médicas obstinadas, a racionalização das camas hospitalares, o suporte técnico, adequado e humanizado na forma de cuidados continuados e ou paliativos, prestados gratuitamente pelo Estado. Numa época de globalização da morte, esta é uma manifestação da vida social contraditória e uma exigência dos socioeconomicamente mais desfavorecidos. O processo de morrer está envolvido numa lógica mercantil, que “transformou tanto a hospitalização quanto a desospitalização em formas de obtenção de lucro, de um lado, e as questões sociais que reclamam por qualidade de vida e de morte, sustentados numa assistência gratuita e universal” (Gurgel, 2007, p. 86).

Uma das facetas da mercantilização da morte é aquela a que Pessini & Barchifontaine (2005, p. 380) designam de “*eutanásia social*”, em que o moribundo, sem possibilidades terapêuticas, tem o seu tratamento negado porque a lógica custo-benefício decide que os gastos com aquele doente são elevados e não trarão retorno produtivo. Em suma, a “*empresa médica*” não está preocupada com a saúde *per se*, mas só enquanto objeto de consumo (Illich, 1975, p. 9-10). É nesse sentido que a morte é expropriada, uma vez que deixa de pertencer ao moribundo e passa a pertencer à ‘*indústria da morte*’, caracterizada por essa massificação cultural do ‘*modelo americano de morrer*’ e que tende a ser adotado em muitos países capitalistas (Saramago, 2005). Esta forma de encarar a morte como uma ‘*indústria da morte*’, por meio da sua mercantilização está assente no modelo de tipo ‘*the american way of death*’, que é a outra face do ‘*the american way of life*’. O ‘*jeito americano de morrer*’ transformou-se numa estética da morte aceite e praticada como política pública. Tal modelo cria e alimenta a ‘*indústria da morte*’ a nível cultural, político e económico, caracterizado por a ter transformado num duplo objeto de consumo, quer material quer simbólico, para o moribundo e para os vivos (Gurgel, 2007).

Dessa dialética entre a ‘*morte interdita*’ e o ‘*jeito americano de morrer*’ nasceu a ‘*morte globalizada*’, criando novas necessidades sociais que começam no hospital e terminam no cemitério, passando pela funerária. Nesse percurso são realizados rituais complexos que envolvem uma nova estética da morte. O corpo é quimicamente preparado para parecer vivo, porque o morto é negado, enquanto morto. É embalsamado, vestido e maquilhado para receber os visitantes num salão devidamente preparado para tal. Uma honraria outrora destinada aos faraós, reis e papas, é atualmente massificada pela cultura americana e imposta a outras culturas. Gurgel (2007) recorda que em muitos países os

hospitais dispõem desse lugar de cerimónia, mas, no modelo americano, a ideia é criar um local neutro para realizar os ritos fúnebres, a *'funeral home'*. A receção pode contar com a decoração ao gosto do falecido ou da família, além de música, bebida e comida. O luto é negado como forma nobre de enfrentar a dor. Seguem-se os ritos de sepultar de acordo com a religião adotada ou sua ausência. Os cemitérios globalizados são verdadeiros parques, como lembra Ariès (1989, p. 164), “embelezados com monumentos e destinados à edificação moral de visitantes, mais turistas que peregrinos”. Assistimos deste modo à “globalização da morte, exatamente quando menos se fala dela” (Gurgel, 2007, p. 68).

A morte globalizada acompanha uma das políticas de globalização, a que segue o modelo americano, ou capitalismo mercantil e cujas propriedades dominantes são a especulação e o consumismo, transferindo para a iniciativa privada as obrigações sociais e impondo ao Estado a obrigação de proteger as instituições capitalistas especulativas (Santos, 2002). O processo morte-morrer faz parte das contradições da sociedade pós moderna. Há uma morte para os favorecidos e outra para os desfavorecidos. Mas a morte não precisa de oscilar entre dois modelos o da *'morte hospitalizada'* que submete o doente à obstinação terapêutica, como está consagrada na sociedade ocidental, nem à *'morte obscena'* como ocorre na negação à assistência ao moribundo. Santos (2002) considera que o processo morte-morrer é polémico e portador de contradições, e como tal, só com a eliminação dessas antinomias, e encontrando formas de assistência humanizada ao moribundo poderá ser encontrado um modelo de assistência assente em valores éticos que assegure o direito a morrer com dignidade.

### **A hipermodernidade e a morte**

A época em que vivemos, neste início de milénio, gira à volta de um conceito ambíguo, de acordo com os diferentes autores, fala-se em condição pós-moderna (Lyotard, 2002) e hipermodernidade (Lipovetsky, 2004) ou modernidade como processo inacabado (Habermas, 1990). O que é evidente é uma nova sensibilidade face à incerteza e desencanto com o futuro, em que tudo o que é sólido se desmancha no ar. Lipovetsky (2004), define hipermodernidade “*ou segunda revolução moderna*” como o período que surgiu a partir dos anos 90 do século XX e que parece marcado pela ascensão irresistível do reino do excesso e do imediatismo, pelo individualismo paradoxal, pela instabilidade

e pela dualidade, onde a frivolidade parece mascarar uma profunda emotividade angustiada.

Após a transição cultural proporcionada pela pós-modernidade, surge a “hipermodernidade”, uma sociedade marcada pela hiperfuncionalidade, pelo movimento, pela fluidez e pelo declínio das estruturas tradicionais. A comercialização dos modos de vida não encontra mais resistências estruturais, culturais ou ideológicas, e as esferas da vida social e individual são reorganizadas em função da lógica do consumo” (Lipovetsky, 2004, p. 41). O hiperconsumo é um consumo que absorve cada vez mais partes da vida social, que se ampara em critérios e funções individuais, segundo uma lógica emotiva e hedonista que dita a especificidade das relações que estabelecemos com os nossos afetos, com os objetos, com os outros, com a vida e com a morte. O império do princípio do hiperconsumo evidencia-se na procura de emoções e prazer, no cálculo utilitarista das relações sociais e de trabalho, na superficialidade e frivolidade da expressão dos afetos, na falta de tempo para estar com o outro.

Na sociedade hipermoderna, o que mudou foi o ambiente social e a relação que os indivíduos estabelecem com o presente. É o medo que impera e domina perante um futuro incerto, onde tudo inquieta e assusta. O culto à urgência aparece como uma manifestação frenética da tensão desesperada do tempo em relação à inexorabilidade da morte. A urgência da sociedade contemporânea assenta na vontade de triunfar diante da morte, mediante a ilusão de que se pode possuir, submeter e dominar o tempo segundo os desejos. Nesta conceção, o tempo surge como um objeto, um bem que se procura adquirir, e os termos usados em relação à ilusão do domínio do tempo são correlatos à identificação deste com o dinheiro, próprio do imaginário capitalista.

O homem hipermoderno tende a ver a morte como uma traição, cometida pela tecnociência, que ele considera onisciente e onipotente, que lhe prometeu eterna juventude e imortalidade. Por outro lado, diante da morte iminente de si e dos que estão sob sua responsabilidade ou proximidade o homem hipermoderno descobre que precisa de se confrontar com o que Ziegler (1977) chamou de *‘canibalismo mercantil’*. Isto é, não precisa de apelar a Deus, como outrora, mas à *‘omnipotência do capital’*. Recorre a uma lógica de mercado em que tudo parece ter um preço e poder ser comprado, inclusive as formas mais modernas para minorar o sofrimento e atrasar a morte.

Surge um novo paradoxo da modernidade, é a ciência e não a religião, quem de forma mais convincente, promete a imortalidade. Porém o balanço de perdas e ganhos não

parece favorável à ciência, nem à reflexividade. Um mundo reconhecidamente estruturado por riscos humanamente criados deixa pouco lugar para influências divinas e muito para a reflexividade (Leis, 2003). A morte contemporânea ilustra o carácter de uma sociedade que não permite chamar a atenção sobre alguns paradoxos aberrantes. Como refere Leis (2003, p. 348) “o drama da morte na sociedade contemporânea não chama a atenção porque vem acompanhado pela prévia degradação do *eu espiritual* e pela exaltação do *eu biológico*”.

Na modernidade a medicina tomou a morte como inimiga. Vivemos o arquétipo do “*Puer eternus*”, em oposição ao arquétipo do “*senex*”, onde a juventude eterna é perseguida a qualquer preço, sendo comuns cirurgias e outros procedimentos estéticos, assim como o uso de medicação, mostrando a falta de preparação dos indivíduos, e da sociedade para o confronto existencial com a vida e com o envelhecimento (Oliveira & Callia, 2005, p. 13). Deste modo a sociedade ocidental esvazia a morte de todo o sentido existencial que ela veicula, o sistema capitalista priva a existência humana da liberdade, do significado escatológico e da qualidade do seu destino. O homem é escondido de si mesmo. É despojado da sua dignidade de ser humano, resta um produto a ser negociado, um corpo a ser retirado de cena porque passa a ser visto como feio e obscuro (Ziegler, 1977).

A sociedade forjou quatro mitos: o da “extrema riqueza” da sociedade industrial; o da “extrema capacidade produtiva” da civilização moderna; o do “progresso contínuo”; e por último, o “mito da vida”, isto é, o pensamento de que se pode produzir vida, ou mante-la graças à capacidade técnica. Rodrigues (2006) considera que é a partir destes quatro pressupostos que se estabelecem as relações entre a morte e o poder na sociedade atual. O poder, exercido como dominação, encontra uma fronteira: não é a capacidade de decretar a morte que faz do poder, poder, como historicamente é pensando. Mas, o contrário e paradoxalmente, é a estratégia de obrigar a viver que acaba por constituir-lo. Rodrigues (2006) explica que o risco de morte é um pressuposto absoluto de libertação, daí as tentativas do poder em conservar a vida dos súbditos, incutindo nos dominados o medo da morte e o pânico de deixar de existir. A morte é transformada em tabu, por isso o suicídio é condenado porque ele subverte a relação de poder, corroendo-a.

### **A morte no ciberespaço**



A morte e o comportamento diante dela são reconfigurados no século XXI a partir do advento das novas tecnologias de comunicação, delineadas numa sociedade em que o valor do corpo, vivo ou morto, está associado à imagem que o mantém (Rezende & Barbosa, 2007). Surgiu nova forma de colocar o homem perante a morte. Ao mesmo tempo em que alimentam o desejo de esquecimento da morte de si, os meios de comunicação são uma forma de contacto com a morte do outro que se encontra mais próximo. O conceito de morte parece subvertido em confronto com a digitalização do corpo do morto, reestruturando o chamado “*descanso eterno*”.

Se a “*morte domesticada*”, como denominou Áries (2003), era uma cerimónia pública, familiar e aguardada no leito do moribundo, foi reformulada, em alguns aspetos, a partir da “*morte digital*”, na medida em que é celebrada, percebida, pensada, noutra dimensão da realidade, a do ciberespaço. Nas comunidades virtuais dos mortos, a morte é tolerada e celebrada. O que não significa que as pessoas deixaram de sofrer pela perda, mas o sofrimento tornou-se menos solitário, menos discreto e menos secreto. As comunidades virtuais dos mortos promovem uma espécie de retorno à cerimónia pública, só que em vez da cerimónia ser organizada pelo próprio moribundo (como refere Ariès, 2003, sobre a morte na idade média) pode ser construída, diariamente, pelos internautas.

Nas comunidades virtuais os participantes promovem celebrações e ritos sobre o morto, dando presença a uma ausência, de forma interativa entre os cibernautas que estabelecem vínculos, com os mortos, por meio de textos (orações, mensagens, poemas), imagens e arquivos de ficheiros. Há uma espécie de retorno moderno ao conceito antigo de “*morte domesticada*”. O corpo inanimado do cadáver retorna em forma de *pixels*. As visitas aos cemitérios e túmulos pouco frequentes na morte no século XXI, ocorrem no espaço virtual da “*morte digital*” (Rezende & Barbosa, 2007).

As comunidades virtuais são processos públicos de comunicação, como refere Sodré (2002), são espaços urbanos, como as igrejas e os cemitérios, para os encontros com a morte, para os ritos, surgindo como um novo espaço de construção de práticas sociais, construídas com a ajuda dos novos ambientes desenvolvidos pelas tecnologias de comunicação online.

### 1.3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE

*"Impressiona-nos sempre a morte,  
não por ser a morte de este ou de aquele  
mas, por ela continuar a existir,  
sendo objetivamente um escândalo."  
(Coelho, Prado, 2005)*

A ideia da morte foi-se construindo e reconstruindo ao longo dos tempos e nas diferentes civilizações, na Europa medieval predominava a morte domesticada sem carácter dramático, gestos ou emoção excessivos, vivida na tranquilidade do lar com o apoio da família e da comunidade, o que difere dos tempos atuais onde a morte amedronta tanto, que evitamos pronunciar o seu nome. Como se construiu a atual representação social da morte no mundo ocidental? Antes de explicitar a representação da morte, importa clarificar o conceito de representação social.

*Representações* é um termo que faz parte do vocabulário corrente e com o qual lidamos diariamente nas mais diversas formas e em múltiplos contextos sociais, mediando não só a nossa relação com o meio envolvente, mas também, as relações sociais que estabelecemos ao longo do ciclo vital. O termo é originário do latim *"Repraesentatio(ōnis)"* e define-se como: "Ação de tomar o lugar de, ou simbolizar alguma coisa" (Chaplin, 1981, p. 501). As representações estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais, nos rituais, nos modos de interpretar os fenómenos, sendo, portanto processos difusos, multifacetados, em constante movimento e interação social. As representações sociais possuem como material de estudo as opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos, fazendo parte de um olhar consensual sobre a realidade (Moscovici, 1981).

#### **Evolução do conceito**

No século XIX o conceito de representação (ões) foi trabalhado por Durkheim nas suas diversas obras, seguindo-se investigadores das mais variadas áreas do conhecimento como a sociologia, teologia, antropologia e psicologia, de tal modo que o conceito veio a desenvolver-se particularmente nos anos 70 do século XX e encontra-se difundido nas ciências sociais, sendo utilizado por um vasto leque de cientistas sociais e aplicado no estudo de diversos problemas desde o ambiente, a justiça, a saúde, etc., constituindo um campo de investigação vivo e dinâmico de proliferação novos saberes e de reações aos

conceitos emergentes, encontrando-se hoje uma multiplicidade de definições na literatura. Apesar da emergência de diversos conceitos de representações sociais o termo designa, num sentido lato, uma atividade mental através da qual se torna presente na mente, por intermédio de uma imagem, um objeto ou um acontecimento ausente. Em torno deste conceito emergiram diversas definições das quais salientamos as que consideramos mais pertinentes.

Na opinião de Moscovici (1981, p. 181, cit in Vala, 2006, p. 458) são o “(...) conjunto de conceitos, proposições e explicações, criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual. São o equivalente na nossa sociedade aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais e podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum”.

As representações sociais são definidas por Coutinho e Catão (2003, p. 190) como “uma visão do mundo que permite aos indivíduos e coletivos dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade”. Opinião próxima é definida pela Academia das Ciências de Lisboa (2001, p. 3203) que as considera a “ação de tornar presente ou sensível um objeto ausente ou um conceito, por meio de imagem, figura ou símbolo”. Quanto à sua temporalidade “algumas representações são claramente transmitidas de geração em geração, são as tradições (...). Outras típicas das culturas modernas difundem-se rapidamente a toda a população, mas têm um curto período de vida; são o que chamamos de modas e são comparáveis a epidemias” (Sperber, 1989, p. 127, cit in Vala, 2006, p. 458).

Estes conceitos chamam a atenção para a conceção dos modos de pensamento que nos relacionam com o mundo e com os outros, para os processos suscetíveis de interpretar e de reconstruir de modo significativo a realidade, para os fenómenos cognitivos que suscitam a pertença social dos indivíduos com implicações afetivas, normativas e práticas e configuram aos objetos uma particularidade simbólica própria nos grupos sociais. As diversas definições conceptuais de representação social incluem vários conceitos dos quais destacamos: de âmbito psicológico ou psicossociológico (por exemplo, atribuição, crença, atitude, opinião, etc.); de âmbito sociológico ou antropológico tão ou mais vastos do que o próprio conceito de representação (por exemplo, ideologia, cultura, hábitos, sistema de valores, etc.), relativamente aos quais o conceito de representação social “confere novas acuidades e suscita a procura de novas pontes articuladoras do velho binómio indivíduo-sociedade” (Vala, 1993, p. 360).

As representações sociais estão ligadas não só a sistemas de pensamento ideológicos ou culturais, mas também a um dado estado de conhecimentos científicos. As instâncias institucionais, os meios de comunicação mediáticos ou informais intervêm na sua elaboração, por meio de processos de influência social. Jodelet (1989) refere que as representações sociais formam sistemas e dão origem a ‘teorias espontâneas’, versões da realidade que se expressam em imagens cheias de significação.

“As representações sociais são conceptualizadas como saber funcional ou teorias sociais práticas, que permitem a organização significativa do real e desempenham um papel importante na comunicação” (Moscovici, 1984, p. 12). Servem como guias da ação, uma vez que modelam e constituem os elementos do contexto no qual esta ocorre e desempenham, ainda, certas funções na manutenção da identidade social e do equilíbrio sócio cognitivo (Jodelet, 1989).

Enquanto sistema de interpretação, as representações sociais regulam a relação com os outros e orientam o nosso comportamento. As representações intervêm, na opinião de Jodelet (1989) em processos tão variados como a difusão e a assimilação do conhecimento, a construção de identidades pessoais e sociais, o comportamento intra e intergrupar, as ações de resistência e de mudança social. Como fenómenos cognitivos, as representações sociais são consideradas como o produto duma atividade de apropriação da realidade exterior e, simultaneamente, como processo de elaboração psicológica e social da realidade. As representações sociais para Jodelet (1989, p. 36) “são fenómenos complexos, permanentemente ativados na vida social, constituindo-se de elementos informativos, cognitivos, ideológicos e normativos”. Nesta sequência podemos referir que “a ideia de representação social remete para um fenómeno psicossocial complexo, cuja riqueza torna difícil a produção de um conceito que o delimite e simultaneamente não esbata a sua multidimensionalidade” (Vala, 1993, p. 359).

Moscovici (1984, p. 12), refere-se à “*era das representações*” para veicular duas ideias fundamentais: “a importância do fenómeno das representações sociais nas sociedades de hoje e a importância do conceito de representação social no quadro das novas orientações sociais”. As representações são uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 1989).

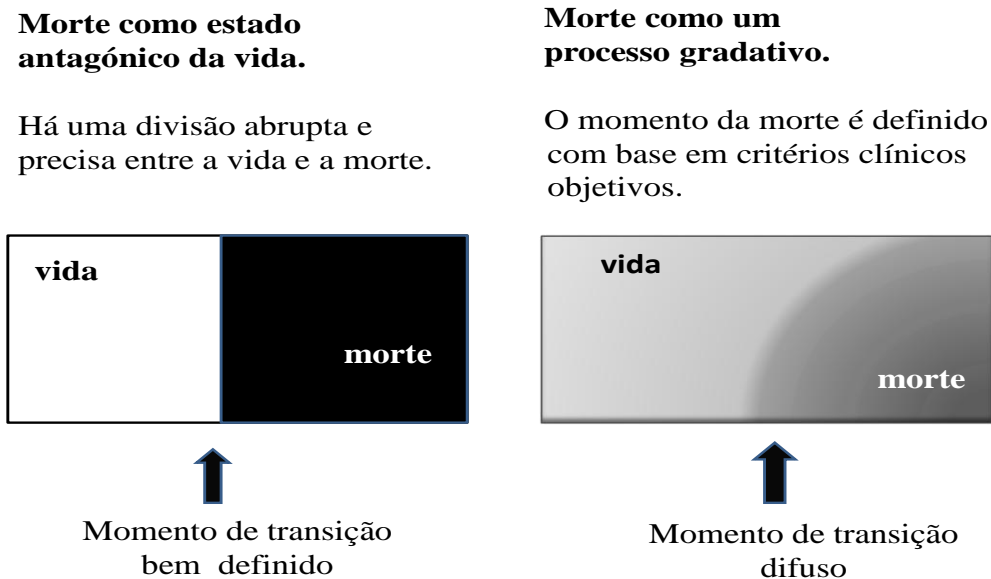
## **Representações do fenómeno da morte**

Quando se fala em morte, normalmente associa-se à ideia de finitude da vida, ou seja, da morte física. Mas antes que esta ocorra, a pessoa vivência e elabora no decorrer da sua existência várias mortes, as quais Kovács (1996) apelida de ‘morte em vida’, sendo habitualmente os fenómenos morte e morrer tratados como idênticos, mas diferem. Para Araújo (2000) a morte é encarada como um fenómeno individual e único, apesar de poder ser acompanhada por outra pessoa, é vivido unicamente por quem está morrendo, porém o conceito de morrer está cercado de sucessivas mortes antes da morte final, que são, na opinião de Bretas, Oliveira e Yamaguty (2006), as diversas formas de rutura que perpassam o desenvolvimento humano, sendo a primeira a separação do cordão umbilical.

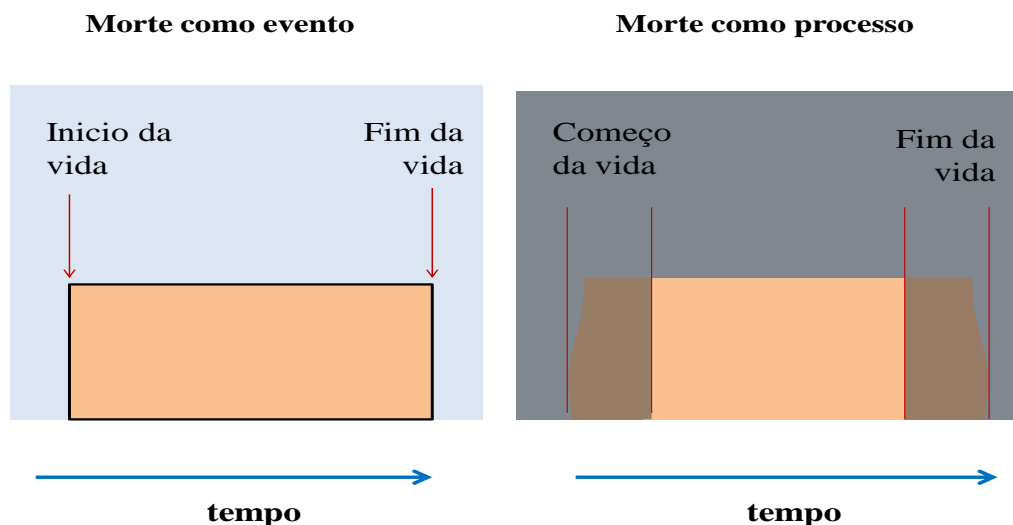
As representações acerca da morte e do morrer variam de acordo com a etapa do ciclo de vida, isto é, os conceitos e percepções sobre o tema evoluem de acordo com o desenvolvimento da pessoa, a representação da morte na criança difere da do adulto e do idoso. Se por um lado as mortes simbólicas ocorrem durante toda existência e não são definitivas, a morte física marca a finitude da existência do ser, é definitiva, irreversível, universal e faz parte da condição humana (mortais). O homem é um ser-para-a-morte e a morte é uma estrutura essencial da existência humana, porque a vida é marcada por esta, morremos todos os dias, de tal maneira, que “o dia em que se deixa de viver não é o dia que se morre, mas, sim, em que se acaba de morrer” (Maranhão, 1986, p. 70).

O fenómeno da morte tem, entre outras, duas representações: A morte vivida como um processo lento, agónico, de perdas sequenciais; ou a morte acidental e percebida como uma cisão abrupta entre dois estados, o estar vivo e o ser cadáver. O começo da vida e o seu desaparecimento pode ser entendido como um evento assinalado na identificação da pessoa ou um processo de aquisição, manutenção e de perdas. Vários autores abordam estes conceitos, na figura 2 está representada a perspetiva de dois autores, Filho (2005) e de Santos (2009c).

Figura 2. Diferenças de perspetivas sobre a morte



Fonte: Filho (2005, pp. 21-22)



Fonte: Santos (2009c, p. 317)

A morte pode ocorrer em todas as etapas do ciclo de vida e de diferentes modos: por morte rápida e violenta como no caso dos suicídios, homicídios, acidentes, que ocorre em menor escala, em que se perde a identidade de modo irreversível e instantâneo; ou de forma anunciada e com um desfecho previsível a curto prazo, sendo as doenças cardiovasculares e os tumores as principais causas de morbimortalidade. Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas e (20 a 25%) a insuficiências

orgânicas ou as doenças neurológicas progressivas (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010). Predomina a morte que ocorre como uma experiência resultante de longas perdas, deterioração física e psicológica provocado pelo desgaste causado pelas doenças crônicas ou degenerativas, caracterizada por um processo de agonia e de sofrimento para todos os intervenientes (Filho, 2005).

A existência humana é marcada pela presença da morte em vida, o que de certa forma nos remete para a ideia de finitude e de elaboração de representações sobre a morte, tais como dor, rutura, tristeza, sofrimento, perda, medo do desconhecido e interrupção. No leque dessas experiências encontramos algumas mais evidentes como a doença e as separações e outras menos evidentes pelo facto de serem seguidas de festas e comemorações, porém trazem nos seus meandros as nuances da morte, como as crises do processo de desenvolvimento humano (adolescência, vida adulta, etc.); viagens; casamento; separações; nascimento dos filhos, etc. Mais que sobreviver a essas mortes, o sujeito geralmente consegue, após a ocorrência destas, dar um novo sentido e re-significar a sua vida (Kovács, 1996).

A morte concreta é paradoxal, uma vez que é marcada por certezas e incertezas. Se por um lado, temos a certeza de que todo homem é mortal, ou seja, passou ou passará pelo crivo da morte, a qual é definitiva e irreversível. Por outro lado, não sabemos se ocorre algo, e, se ocorrer o que acontece após o óbito. O que nos resta são as representações, impressões, fantasias e crenças, mas nada mais nos é dado nesta vida para decifrar o mistério da morte (Vernant, 1982).

Para sintetizar escolhemos as opiniões de dois autores (Oliveira, 1999 e de Elias, 1987) sobre os modos como a sociedade representa a morte.

Na opinião de Oliveira (1999) coexistem três perspectivas predominantes face à morte e ao morrer: a *científica* (ou das ciências em geral), a *religiosa* (essencialmente judaico-cristã) e a *ocultista* (ou das grandes tradições filosóficas e espiritualistas).

A *perspetiva científica* tem como verdadeiro só o que é observável e de certo modo quantificável. Numa visão mecanicista, considera a morte como a extinção do ser individual. Sabe-se que o corpo será decomposto, desagregado e os seus átomos dispersados e reutilizados, num processo em que intervêm uma multiplicidade de seres vivos. Olha-se a morte do outro, mas não a própria e questiona-se: Temos mesmo de morrer? Com os prodígios alcançados na biomedicina, na engenharia de tecidos e de

órgãos, na física quântica, na manipulação genética, na inteligência artificial, na tecnologia biónica e criônica, os cientistas sonham com a imortalidade física e acham que a nossa geração poderá vir a medir a sua existência em séculos e não em décadas (Oliveira, 1999).

A *perspetiva religiosa* comum nas igrejas fundadas em três tradições religiosas: cristã, judaica e islâmica, associa ao ser humano uma alma imortal, que é eternamente punida ou recompensada em função das ações cometidas quando da sua única passagem pela Terra. Esta ideia é apoiada em dogmas, sistemas de crenças e em noções de pecado, mistério, culpa, medo e julgamento.

A terceira hipótese, a *ocultista*, refere também existir uma alma imortal, mas como reflexo de um princípio espiritual imperecível, e perspectiva a sua viagem ilimitada no espaço e no tempo, através de inúmeras formas e contextos, de existência (ou personalidade), num percurso evolutivo, mudando de corpo tal como um ator muda de papel, fato e cenário. Segundo a teoria da reencarnação ou do renascimento, pela experiência assimilada em vidas sucessivas, o homem vai ampliando os seus níveis de consciência e evolui, ultrapassando as suas limitações, falhas e defeitos, e manifestando cada vez melhor as qualidades divinas que tem latentes.

A maioria das civilizações da antiguidade (Egipto, Grécia, Roma, etc.) defendeu a reencarnação e atualmente, milhões de pessoas continuam a atribuir-lhe importância. Os grandes movimentos de espiritualidade orientais, as principais religiões e filosofias, como o hinduísmo, o budismo, o zoroastrismo, o taoísmo e outras tradições religiosas, como os sufis islâmicos, os cabalistas judeus e os cristãos esotéricos continuam a defender a continuidade da vida após a morte física (Oliveira, 2006).

Na perspectiva de Elias (1987) há três formas de enfrentar a morte: a religiosa, a filosófica e a de evitamento.

As religiões interpretam a morte como passagem para outra vida, no entanto esta crença é muito questionada. O recurso à imortalidade é uma forte tendência na sociedade moderna. Elias, (1987) refere que deste modo evitamos a morte não apenas pela repressão da sua presença, mas também pela crença na imortalidade pessoal.

Podemos também fitar os olhos da morte, considerando a nossa finitude um dado essencial da existência humana. O ser humano é um “*ser-para-a-morte*”, definiu Heidegger (1951), e filosofar significa “aprender a morrer”, nas palavras de Montaigne



(1948), citados por Leis (2003). Esta perspectiva não religiosa, mas filosófica é para além de depressiva, considerada fora de época.

A terceira possibilidade ou alternativa deduz-se por exclusão (ou abandono) das anteriores. Consiste em evitar todo pensamento sobre a morte, ocultando e reprimindo a presença do fenómeno quanto possível.

É necessária uma pergunta óbvia: como é possível imaginar a existência de uma tendência significativa de indivíduos que acreditam na imortalidade pessoal, vivendo numa '*sociedade reflexiva*', numa sociedade que gira em torno da multiplicação constante de riscos que os indivíduos devem enfrentar com ajuda da sua própria razão.

Não encontramos, nas obras mais destacadas de autores que pensam a modernidade, como Beck (1992) e Giddens (1991) referidos por Leis (2003), alguma análise que possa explicar corretamente a terceira hipótese de Elias (1987).

É curioso verificar que este '*buraco negro*' não tenha sido observado e analisado entre a comunidade científica. Entre os autores contemporâneos, Melucci (1996) foi um dos poucos que percebeu este fenómeno, considerando que os nossos corpos passaram de veículos cegos de necessidades biológicas a cenário de múltiplas possibilidades e escolhas construídas culturalmente.

Os hospitais não são só lugares para ocultar a morte, mas também para operar, alterar e fazer experimentos com ela. Nos hospitais, experimentam-se as técnicas que prolongam a vida, que transplantam órgãos e evitam a morte, em síntese, que transformam a morte de facto natural em facto artificial (Leis, 2003). É natural que as políticas e as práticas hospitalares possam ser vividas pelos estudantes com alguma conflitualidade e mal-estar, que colidem com as suas construções académicas e culturais.

Os futuros enfermeiros são treinados para desenvolver uma relação com o cliente segundo os modelos descritos pela disciplina. Aprendem que o cuidar é um dos ingredientes essenciais da vida; que o cuidar ajuda a assegurar que a vida continue, pela construção de um ambiente propício para o desenvolvimento das pessoas. O cuidar ajuda a evitar doenças, promover a saúde, curar ou ajudar os vulneráveis, educar a população e elevar as relações humanas a experiências gratificantes de prazer, segurança, confiança, crescimento e atividade produtiva. Todas as interações humanas têm efeitos potencialmente negativos, bem como positivos, mas o cuidar, por sua natureza e definição, é somente e sempre positivo (Oliveira, Bretas & Yamaguti, 2007).

Os estudantes de enfermagem e enfermeiros são pensadores autônomos que constantemente produzem e comunicam representações que influenciam a sua interação, as escolhas, o comportamento e a postura perante a vida e a morte. As representações sociais que os estudantes e os profissionais foram construindo sobre a morte têm implicações funcionais e práticas que se manifestam na organização dos comportamentos, nas atitudes comunicacionais, na argumentação, na explicação da realidade e da vida quotidiana e na interpretação dos fenómenos de saúde/doença.

Estudar a morte pode nos consciencializar do valor da vida e da sua fragilidade, “Aqueles que compreendem quanto a vida é frágil, sabem, quase sempre melhor do que ninguém, a que ponto ela é preciosa” (Rinpoche, 1999, p. 47).

## 1.4. TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS DO MILÉNIO

*“O único indicador padrão verdadeiro da grandeza de uma civilização é o nosso sentido de responsabilidade moral e social na transformação de riqueza material em valores humanos e na obtenção do nosso potencial máximo como uma sociedade que cuida.”*  
(Norman, Kirk, 1972)

Com o aumento da esperança de vida, o êxodo das populações para as cidades e as alterações das funções familiares, a morte passa do ambiente familiar e rural para o hospitalar e urbano e modifica-se a representação da morte e as atitudes perante o morrer. Deste modo o cenário em que se circunscrevem os cuidados de saúde aos cidadãos tem vindo a mudar e tende a continuar a transformar-se. Cada vez se utilizam mais recursos técnicos, científicos e humanos para dar resposta aos problemas de saúde das populações e adiar a morte para idades cada vez mais avançadas, sendo a esperança média de vida em 2010 de 79,6 anos, um aumento de 12,5 anos nos últimos 40 anos (Pordata, 2012).

O cuidar de doentes portadores de doenças crónicas, degenerativas e incuráveis exige por parte dos estados de políticas de saúde e sociais capazes de dar resposta aos problemas dos cidadãos. Por outro lado, os cuidadores assumem um papel cada vez mais próximo dos doentes e das suas famílias no sentido de proporcionar uma morte com dignidade, fora do ambiente doméstico. Atualmente, na sociedade ocidental, como refere Georgi, (2006) mais de 70% das pessoas morrem em instituições, enquanto no início do século XX, 90% das pessoas morriam em casa, perto dos familiares e amigos, pelo que se passou a morrer só ou, quando muito, assistido por um enfermeiro.

Em múltiplas ocasiões, associado à causa de morte existem co-morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de agravamento que necessitam de cuidados hospitalares. Com o aumento progressivo da população idosa estima-se que, cerca de 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010).

A morte foi passando para as instituições e deixou de ter expressão no seio da família e da comunidade mais próxima. Analisando os dados disponíveis, de acordo com o INE (2001), em Portugal no ano de 2001 ocorreram 100504 óbitos por doença; destes cerca

de 35,5% aconteceram no domicílio, sendo os restantes 64,5% em instituições hospitalares e outros centros de apoio a doentes e idosos. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013) refere que em 2010 houve em Portugal 105.471 óbitos, dos quais 61,7% dos ocorreram em hospitais/clínicas e 29,6% em casa, num lar ou residência. Esta realidade contrasta com os dados obtidos no inquérito europeu PRISMA, em que a maior percentagem de preferências (51,2%) dos portugueses recai em morrer na própria casa, ou de um familiar, ou amigo, seguido pela opção de unidade de cuidados paliativos (35,7%) e pelo hospital apenas (8,2%). Estes dados confirmam que nas sociedades ocidentais o moribundo é, geralmente, afastado de seu círculo familiar, acabando por morrer ao cuidado dos profissionais de saúde contra o seu desejo.

Culturalmente há que destacar a importância que a morte em casa tem para as pessoas, sendo o *‘morrer em casa’* tão significativo para o moribundo quanto para a família, porque não se trata apenas de uma atitude, representa uma prática reconhecida socialmente, que impõe dignidade à família, que ao assumir e aprovar manter o moribundo em casa distingue-se perante o grupo social como sujeitos habilitados no trato com a morte e pela solidariedade com o agonizante, sendo a família socialmente valorizada por tomar para si o encargo com o processo mórbido e irreversível que resulta na morte, pelo que a rede social mobilizada geralmente reforça a solidariedade e o respeito para com a família (Lemos, Júnior & Rodrigues, 2011).

Sabemos que os fenómenos demográficos, a urbanização, as transformações sociais e económicas e os fluxos migratórios, ocorridos nos últimos 50 anos contribuíram decisivamente para alterações nas práticas do cuidar familiar e comunitário, bem como nas políticas de saúde e sociais que vêm dando respostas tardias aos problemas emergentes em muitos setores da sociedade e particularmente na assistência à velhice e ao morrer com dignidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) atenta a este fenómeno defende que os países devem adotar políticas de cuidados paliativos que visam melhorar a qualidade de vida dos utentes e dos seus familiares, através da adoção de medidas para prevenir ou aliviar o sofrimento (Camponero & Melo, 2011).

Neste contexto iremos abordar, de forma sintética, as alterações demográficas ocorridas no último meio século em Portugal e na Europa, e de que modo as mudanças na estrutura da populacional, levaram a que as organizações internacionais e os governos

nacionais desenvolvam políticas de saúde e assistência social capazes de dar resposta às necessidades dos cidadãos.

### **Alterações demográficas a nível mundial**

Assiste-se em Portugal, na Europa e de um modo geral em quase todos os países do mundo ao aumento da esperança de vida e consequentemente do número de pessoas idosas. O envelhecimento das sociedades provém essencialmente da redução das taxas de fecundidade e do aumento da esperança de vida. Um impacto adicional resulta do chamado *baby-boom*, que originou grandes diferenças na dimensão dos grupos etários em algumas décadas e em diferentes países. Apesar do envelhecimento assumir uma tendência universal, nas próximas décadas subsistirá uma grande diversidade em termos da ocorrência e ritmo da mudança demográfica, do contexto social e económico, da perceção dos desafios colocados e das respostas organizadas às necessidades de saúde e sociais dos grupos emergentes.

O envelhecimento pode ser analisado sob duas perspetivas, a individual e a coletiva: *Individualmente*, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida. O *envelhecimento demográfico*, por seu turno, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa. Neste trabalho iremos referir a influência do envelhecimento coletivo e as suas repercussões na sociedade e na saúde.

Entre os países desenvolvidos, a Europa e o Japão irão registar as tendências de envelhecimento mais fortes até 2050. O grupo etário com mais de 60 anos de idade representará cerca de 37% da população europeia e registar-se-á também um acréscimo da população muito idosa, isto é, das pessoas com mais de 80 anos. Prevê-se que na América do Norte, ronde os 27%, porque o crescimento da população continuará a ser relativamente forte

No início do século XXI as pessoas muito idosas representavam 3% da população europeia, no ano 2050, em 11 dos 15 Estados-Membros da UE, o grupo etário com 80 ou mais anos representará, pelo menos, 10% da população. As diferenças de género no envelhecimento são consideráveis. Na Europa, a esperança de vida das mulheres é hoje superior em 6 anos à dos homens. No grupo etário com 60 ou mais anos de idade,

existem 50% mais mulheres do que homens. No grupo das pessoas que vivem sozinhas com 75 ou mais anos de idade, mais de 70% são mulheres (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

Cerca de 16% da população da UE, ou seja, 79 milhões de pessoas, encontra-se em risco de pobreza monetária, sendo esta proporção ainda mais elevada no grupo etário das crianças e dos idosos. Como refere a Comissão Europeia (2009) a pobreza tem diversas causas que quando combinadas, podem impedir os cidadãos de participarem plenamente na sociedade. As desigualdades sociais persistem e acentuam-se na Europa e no mundo em rápida e constante mudança, pelo que os sistemas de proteção social enfrentam cada vez mais desafios, sendo a principal ameaça o envelhecimento da população, estando previsto um aumento de 77% da proporção de cidadãos com mais de 65 anos até 2050, refere a Comissão Europeia (2009). Pelo que os Estados-Membros da EU devem proceder a reformas nos seus sistemas de pensões, cuidados de saúde e cuidados prolongados de forma a garantirem um acesso universal e sustentável a todos.

Quando o primeiro Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento foi adotado em Viena, em 1982, destinava-se aos países mais desenvolvidos, onde o envelhecimento começava a suscitar uma preocupação considerável, mas em breve o processo de envelhecimento começará a afetar outras regiões em desenvolvimento. Prevê-se que no século XXI, o rápido envelhecimento da população tornar-se-á progressivamente um fenómeno mundial. Segundo a projeção das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população com 65 ou mais anos registará uma tendência crescente, aumentando para 15,6% em 2050, sendo de salientar que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002).

### **Alterações demográficas em Portugal**

A estrutura demográfica portuguesa sofreu alterações marcantes em menos de meio século. Comparando a evolução nos últimos 50 anos (Pordata, 2012) verifica-se que a população residente no território português em 1960 era de 8 889 392, e em 2011 passou para 10 561 614 habitantes, das quais 2,023 milhões são pessoas idosas <sup>2</sup>, o que representa cerca de 19% da população total (INE, 2012). Comparando com os últimos

---

<sup>2</sup> Considera-se em Portugal pessoas idosas as que têm idade igual ou superior a 65 anos.

50 anos, verifica-se que em 1960 os idosos correspondiam a 8 % da população (ou seja, havia 708 569 idosos), sendo o índice de envelhecimento em 1960 de 27,3 e em 2011 passou para 128,6.

O padrão de envelhecimento da população portuguesa, já observado nos últimos anos, mantém-se em consequência não apenas do aumento da esperança média de vida, mas também dos baixos valores do índice sintético de fecundidade que se mantém abaixo do limiar de substituição das gerações desde a década de 80. Em 1960 era de 3,2 e em 2010 passou para 1,37 (INE, 2011), sendo a esperança média de vida à nascença em 2011 de 79,20 anos e a taxa bruta de natalidade em 2011 de 9,5 nados-vivos por cada mil habitantes (Pordata, 2012).

A tendência para os próximos 50 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2009) é de continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 sejam 3 idosos por cada jovem, com o índice de envelhecimento a aumentar, a mesma projeção aponta para 271 idosos por cada 100 jovens em 2060.

Para além da estrutura demográfica a estrutura familiar vem-se alterando paulatinamente, nos censos de 2011, verificou-se que 12% da população total residente e 60% da população idosa vive só, ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou em 28%, ao longo da última década. Comparativamente com a europa comunitária dos 27, as famílias unipessoais eram 12,4% em 2010 (Pordata, 2012).

Quanto ao indicador de morbilidade geral, registam-se ligeiras flutuações, a taxa bruta de mortalidade em 1960 era de 10,7 (‰) e em 2011 é de 10,0 óbitos por mil habitantes, ocorrendo as maiores diferenças na taxa de mortalidade infantil (‰), em 1961 era de 77,5 ‰, e em 2011 foi de 2,5 ‰ o valor mais baixo alguma vez registado em Portugal. (INE 2011). Quanto às causas de morte em Portugal, estas têm-se alterado no último meio século. Se em 1960 a percentagem de mortes por tumores era de 9,3%, em 2010 foi de 23,5%, sendo esta a segunda causa de morte. A primeira causa continua a ser as doenças do aparelho circulatório que em 1960 representavam 29, 5% e em 2010 foram 31,8% das causas de óbito dos portugueses (Pordata, 2012).

As despesas com a saúde têm vindo a aumentar gradualmente, se no início da década as despesas com a saúde eram de 8,6% do Produto Interno Bruto (PIB), em 2001 os cerca

10,323 milhões de habitantes portugueses gastaram 9,3% do PIB, e em 2009 gastaram 10,2 % do PIB e a tendência é aumentar (Pordata 2012). O peso das verbas absorvidas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2001, enquanto parte integrante do Sistema de Saúde, representou cerca de 13,1% da despesa efetiva do Estado o que traduziu o esforço que a sociedade, coletivamente, tem vindo a afetar à área da saúde (OCDE, 2003). Apesar dos recursos envolvidos, a Direção Geral de Saúde (DGS) (2004 b, p.7) considera que os cuidados de saúde prestados no início deste século são inadequados às necessidades da crescente população idosa, porque não se faz, a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), um rastreio dos fatores de fragilidade e vulnerabilidade nos idosos.

Os cuidados de saúde, a todos os níveis, não estão organizados de forma a darem a melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida e são apoiados por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais), agravado pela insuficiência na prestação dos cuidados aos idosos no domicílio e dificuldade na equidade de acesso aos serviços de saúde, o que leva a internamentos evitáveis, ao aumento de violência, ao abuso e à negligência sobre os idosos e sobre as franjas mais desprotegidas da população.

A Direção Geral de Saúde (2004 b, p. 7) considera insuficiente a atenção aos determinantes da autonomia e da independência da população idosa, porque sai-se do mercado de trabalho sem planeamento de atividades alternativas e cai-se no isolamento físico e psicológico, perda de relações sociais fatores predisponentes para a depressão e o suicídio. Muitos idosos vivem acamados ou sentados em cadeiras de rodas, quando poderiam ter mais autonomia. A esperança de vida, sem incapacidade, acima dos 65 anos, é inferior à média estimada para os países da União Europeia (EU), devendo-se, entre outros determinantes, à pouca prática de atividade física regular.

A família, apesar das transformações que tem sofrido, continua a ser o eixo central de securização quando caminhamos para um modelo familiar em que se valoriza a autonomia individual e em que, simultaneamente, as trajetórias de vida se tornaram mais incertas e turbulentas. As necessidades dos idosos situam-se entre a proteção social e a saúde que nem sempre dão a resposta necessária, sendo as famílias chamadas a desempenharem um papel incompatível com as suas capacidades de dar resposta às necessidades dos seus membros doentes. É necessário que se organizem respostas, gratuitas e participadas, orientadas para o apoio urgente e indispensável às pessoas



que envelhecem e se encontram em situação de autonomia reduzida, tal como para os seus familiares.

A abordagem que a UE preconiza em relação ao envelhecimento visa mobilizar o potencial das pessoas de todas as idades, tendo como argumento que a resposta adequada não deve considerar apenas as pessoas idosas de hoje, mas de todas as idades de modo a contribuirem para o desenvolvimento de respostas políticas e de recursos adequadas. Esta abordagem resulta na implementação de políticas e práticas a favor de um envelhecimento ativo, que incluem a aprendizagem ao longo da vida, o prolongamento do período de vida ativa, o adiamento da idade da reforma e a introdução de um sistema de reforma mais gradual, bem como a continuidade de uma vida ativa após a reforma e o desenvolvimento de atividades que permitam otimizar as capacidades individuais e manter um bom estado de saúde de cada pessoa. Essas práticas visam aumentar a qualidade média da vida dos indivíduos e, simultaneamente, ao nível societal, contribuir para menores encargos com a dependência e poupanças substanciais nos domínios das pensões e da saúde. Trata-se de encontrar estratégias benéficas para as pessoas de todas as idades (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

## 1.5. ALTERAÇÕES NAS POLITICAS DE SAUDE

*"Para perceber uma sociedade, talvez mais importante do que saber como é que nela se vive é saber como é que nela se morre e se tratam os mortos."*  
(Borges, 2006)

A partir da década de 60 realizaram-se em diferentes partes do mundo, amplos debates realçando, entre outros, a determinação económica e social da saúde, abrindo caminho para uma abordagem positiva da saúde, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Várias declarações internacionais, realizadas sob a égide da OMS debruçaram-se sobre a melhoria da qualidade de vida, a promoção da saúde nas populações e a qualidade dos serviços de saúde prestados, das quais salientamos:

A conferência de Alma-Ata em 1978 com a proposta de 'Saúde para Todos no Ano 2000' e a estratégia de desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Em 1986, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde estabelece as condições e recursos fundamentais para a saúde das populações. A declaração da Conferência de Adelaide em 1988 veio reafirmar que a saúde é um direito humano fundamental e simultaneamente um investimento social, e que as desigualdades existentes no estado de saúde dos povos estão alicerçadas nas desigualdades sociais. A carta de Lubjana, de 1996 foi formulada para ajudar os países a construir uma política de cuidados de saúde primários, orientados por valores de dignidade, equidade, solidariedade e ética profissional, centrados nas pessoas que devem ser responsáveis pela sua saúde e influenciar os serviços de saúde. A conferência de Bangucoque em 2005 incidiu sobre a promoção de saúde num mundo globalizado, pretende complementar e desenvolver os valores, princípios e estratégias anteriormente defendidos na Carta de Ottawa.

No século XXI a OMS e particularmente o Comité para a Região Europeia, vêm recomendando aos 51 Estados-Membros que reorganizem os serviços de saúde de modo a dar resposta aos problemas multisectoriais da saúde, dos seus 870 milhões de habitantes (OMS, 2002), destacando-se como documentos importantes para a região europeia o documento da "Saúde 21" que é um quadro conceptual das políticas de saúde da OMS, decorrentes da Declaração de Munique de 2000, que reconhece a família como uma unidade chave na produção de saúde e, consequentemente na melhoria da saúde na Região Europeia.

A Associação Europeia para os Cuidados Paliativos (EAPC), através do documento “Standards and norms for hospice and palliative care in Europe – The EAPC white paper” propõe e sugere a adoção, nos diferentes países europeus, de um conjunto de padrões e normas consensuais para que se defina e garanta a qualidade na prestação de cuidados paliativos, numa ótica de aplicação flexível e adaptada a cada país e região.

Em 2008 a “Carta Europeia dos Sistemas de Saúde” elaborada na conferência de Tallinn na Estónia, considera que os sistemas de saúde em sentido lato, são o conjunto de todas as instituições públicas e privadas mandatadas para melhorar, manter ou restabelecer a saúde. De acordo com as orientações desta carta a OMS, o Banco Mundial e o Conselho da Europa, entre outros, comprometem-se a colaborar com os estados na melhoria dos seus sistemas de saúde, a acompanhar e monitorizar o seu desenvolvimento, e a facilitar a troca de experiências internacionais, refere a Procuradoria-Geral da Republica (2008). Em pleno século XXI continuamos a ver que a Região Europeia, bem como os outros continentes, são um local de grandes desigualdades económicas e sociais, onde é preciso lutar pelo princípio da saúde para todos, defendendo a saúde como um direito humano básico, motor do desenvolvimento das sociedades, de modo que as populações vivam com qualidade e possam morrer com dignidade.

### **Alterações nas políticas de saúde em Portugal**

Herdamos do século XX um modelo assistencial de saúde caracterizado pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pelo uso desmedido dos recursos tecnológicos disponíveis e com baixa rentabilidade. Esta prática tem gerado insatisfação nos gestores, nos profissionais de saúde e na população que utiliza o serviço, para além de disparar os gastos económicos com a saúde.

Apesar das alterações demográficas e dos padrões de morbimortalidade, das alterações da estrutura das famílias e a crescente urbanização da população devido ao êxodo dos meios rurais, iniciamos este século sem respostas organizadas no âmbito dos cuidados paliativos o que implica que os doentes com doenças de evolução prolongada e grave ocupem, inadequadamente, camas hospitalares em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão do sofrimento, ou, então, encontram-se no domicílio, entregues a cuidados de âmbito geral e informais, que, apesar de importantes, não esgotam a sua necessidade de cuidados ativos e intensos de alívio da dor e do

desconforto e a promoção do bem-estar global. É necessário reforçar a capacidade de atuação dos serviços de saúde de modo que a fiquem mais adaptados a responder aos desafios das novas realidades e, por outro lado, mais eficientes no consumo de recursos que são sistematicamente escassos, em função das necessidades crescentes de uma população que se tornou mais informada e exigente.

A modificação do perfil de saúde e doença das populações que se tem verificado nas últimas décadas deve-se a vários e diferenciados fatores, dos quais se destacam as condições ambientais planetárias em permanente evolução, as alterações dos estilos de vida nas diferentes sociedades e culturas, a globalização ocorrida na produção de bens, prestação de serviços e domínio do conhecimento, o rápido e intenso fluxo de pessoas entre continentes e países, entre outros. (Ministério da Saúde, 2009 a, p. 2058)

### **Reorganização dos cuidados de saúde**

De acordo com o referido na Declaração de Alma Ata, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) prestam assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as pessoas, famílias e grupos, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (Imperator, 1985). Os CSP não traduzem, simplesmente, um conjunto de atividades ao nível da prestação do cuidar, mas constituem também uma filosofia e uma estratégia de organização de cuidados de saúde que devem ser reforçados de modo a diminuir a procura de cuidados hospitalares, e a satisfazer melhor e de forma mais económica as necessidades da população (Vuori, 1984).

Em 2003, foi redefinida a rede de prestação de CSP, pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, ficando constituída pelos “Centros de Saúde Integrados no SNS, e pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, integrados em cooperativas ou outras entidades (...)”.

Volvidos seis meses após a aprovação da rede de CSP, foi aprovada a Rede de Cuidados Continuados, pelo Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro.

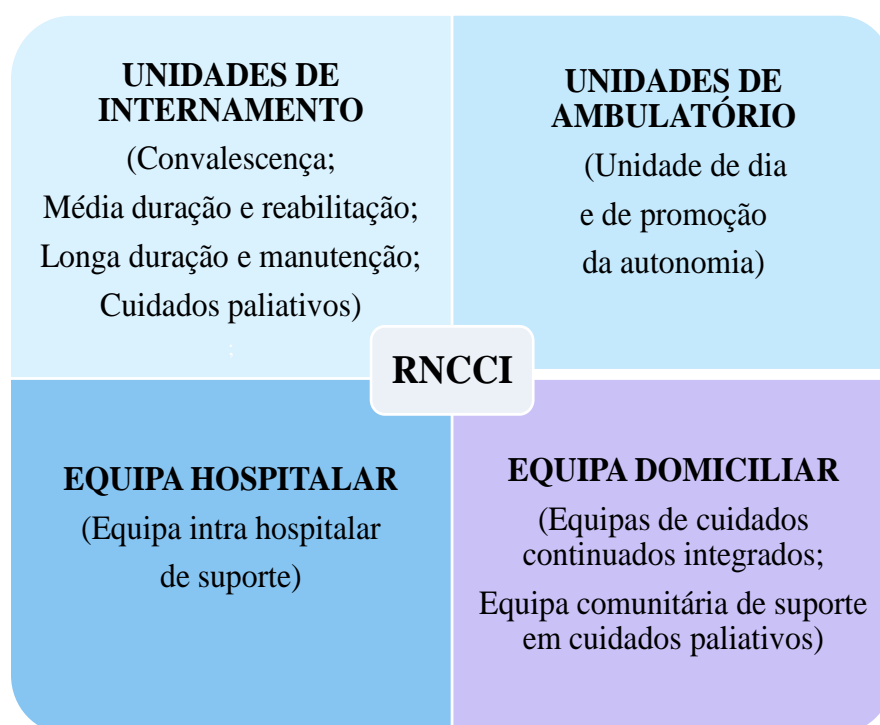
A Rede de Cuidados Continuados é constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica suscetível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida. (Direção Geral de Saúde, 2004a, p. 35)

Mais tarde foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), publicada no D.L. n.º 101/2006 de 8 de junho, instituindo a colaboração dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social. A RNCCI é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social às pessoas com doenças crónicas incapacitantes, ou incuráveis na fase avançada e no final da vida. Têm por finalidade criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes, implica o trabalho integrado e pró-ativo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências.

A referenciação dos clientes para a RNCCI surge através de três equipas, as equipas Coordenadoras Locais, as equipas Coordenadoras Regionais e as equipas de Gestão de Altas/Referenciadoras. Os três níveis operacionais procedem à referenciação local e regional, formulando um conjunto de critérios que permitem a avaliação da situação de saúde e social das famílias (Ministério da Saúde, 2009).

A RNCCI divide-se em unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipa hospitalar e equipas domiciliárias. As quatro tipologias exigem a articulação de recursos humanos e materiais, permitindo a construção de respostas adequadas e individualizadas às necessidades identificadas nos vários contextos. Esta rede, atualmente em construção, inclui unidades e equipas distribuídas quer pelos hospitais e ACES, quer por outras estruturas da segurança social ou da rede de solidariedade, como as misericórdias.

Figura 3. Componentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.



Fonte: Ministério da Saúde (2009, p. 8).

A reforma dos CSP, preconizada no Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, pressupunha a implementação de um novo modelo organizacional, as Unidades de Saúde Familiares (USF), que só se vieram a consolidar com Despacho nº 24101/2007, de 22 de outubro, como pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde, com autonomia organizativa, funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. O Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto define os regulamentos jurídicos da organização e funcionamento das USF como a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias. De acordo com este modelo organizacional pretende-se fazer a “identificação das necessidades de saúde quer individuais, quer familiares nas situações seleccionadas consoante as prioridades e critérios” (Ministério da Saúde, 2007b, p. 7658). Neste âmbito, foi recomendado atribuir a cada família um enfermeiro, sendo estes incentivados a ter uma lista de famílias, tal como está preconizado no artigo 9 do Decreto-Lei nº 298/2007. Pressupõe-se que esta metodologia de trabalho verta em ganhos em saúde e aumente a satisfação dos clientes e a dos prestadores de cuidados.

Em 2008 reestruturaram-se os CSP com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, definindo as cinco unidades funcionais que o compõem e que incluem a Unidade de Cuidados Personalizados, a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, a Unidade de Saúde Familiar e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Para cumprir a sua missão, que é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua. No final da década estava consolidada a legislação que iria reger os CSP nos anos seguintes.

### **Cuidados à pessoa com a morte anunciada**

O processo de morte-morrer, considerado natural até meados do século XX, tornou-se na nossa sociedade muito mais complexo. Todos morrem, mas a duração da vida e as modalidades do seu fim dependem das classes sociais a que pertencem os moribundos (Pessini, 1990). A chamada ‘morte social’ está presente no cenário das contradições das sociedades subdesenvolvidas. O conceito de *‘morte social’* engloba desde a pouca atenção aos doentes pobres, às múltiplas formas de mortes violentas. Se, no século XIV, as pessoas conviviam diariamente com a morte, através de pestes, guerras e mortes iminentes, na sociedade contemporânea, perde-se cada vez mais o contacto com o doente. “Deparamo-nos com a morte infeliz de milhões de seres humanos condenados à morte antes do tempo” (Pessini, 1990, p. 17). Trata-se da *‘morte social’* de milhões para além do hospital. A morte infeliz, verdadeira *‘mistanasia’* do mundo dos pobres. O autor questiona o morrer docemente amparado é privilégio só de alguns. Estas ‘vidas

abreviadas', questionam a epistemologia da teologia moral. A morte e o morrer no nosso contexto social não é um problema dos ricos, mas especialmente dos pobres que vivem as penúrias da vida sem as condições socioeconómicas para uma vida e uma morte digna. Entretanto, apesar dessas dificuldades, as pessoas precisam adquirir outra compreensão do processo nascer e de morrer tal qual ele é na nossa realidade (Pessini, 1990).

Apesar do aumento da esperança de vida e das mortes por doenças crónicas não tem sido fácil a implementação de uma rede de cuidados paliativos nos diferentes países, que no seu processo de desenvolvimento passam geralmente, por diferentes fases. Camponero e Melo (2011) referem que são habituais quatro fases no percurso de implementação dos cuidados paliativos: A primeira é de *negação*, em que se recusa a necessidade destes cuidados, a segunda é de *palióbia*, em que surge o medo e o descrédito, confundindo-se estes cuidados com as práticas de eutanásia, o terceiro é o de *paliólia*, quando se procura entender e disseminar o conceito de forma correta e só depois se chega ao estágio *paliativo*, como uma resposta ao adoecer e morrer com dignidade. Os cuidados paliativos têm diferentes níveis de intervenção, como referem Macieira e Palma (2011), podendo ser de *palição específica*, se dirigidos contra a enfermidade em causa, ou suas complicações; *palição inespecífica* que se destina a melhorar o estado geral do doente, o alívio dos sintomas, abarca medidas de ordem fisiológica, social, ou espiritual; *palição como suporte*, que compreende todas as ações para aumentar a tolerância aos tratamentos específicos e agressivos à doença e os *cuidados paliativos na fase terminal* da doença que se destinam ao cuidar do bem-estar do doente em fase de detioração funcional e de todos os afetados pela presença da morte eminente.

O termo *cuidados paliativos* é a tradução da especialidade médica de *palliative care*, iniciada na Inglaterra em 1987. “A palavra deriva do latim (*paliare* = atenuar) tendo a sua origem mais remota na palavra *pallium*, designação do manto de lã que cobria os pastores, e dava conforto e proteção contra as intempéries” (Peres, 2011, p. 156).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), baseada nas necessidades dos doentes oncológicos defende o desenvolvimento dos cuidados paliativos, embora este conceito de cuidados possa ser extensível a todos os doentes em fim de vida e para quem as possibilidades de cura ou regressão foram goradas, porque os cuidados paliativos não são determinados pelo diagnóstico, mas pela situação e necessidades do doente, sendo



os que mais necessitam os portadores de doença oncológica, de SIDA e de algumas doenças cardiovasculares e neurológicas graves ou progressivas. As características destas doenças tornam mais frequente a existência de sintomas e de necessidades que, pela sua intensidade, mutabilidade, complexidade e impactos individual e familiar são de muito difícil resolução. Segundo a OMS (2002, s.p.) os cuidados paliativos são:

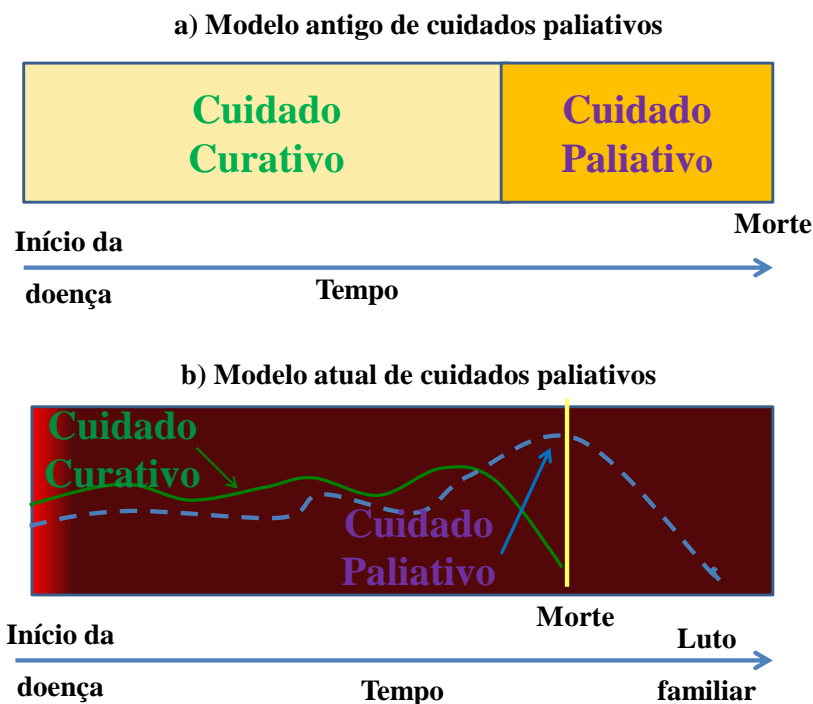
Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também nos psicossociais e espirituais.

Em Portugal foi publicado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Cuidados Paliativos em 2004. Este documento considera os cuidados paliativos como constituintes essenciais dos cuidados de saúde gerais, tendo em atenção o imperativo ético da promoção e defesa dos direitos humanos fundamentais e ser uma obrigação social em termos de saúde pública. Este Programa considera que os cuidados paliativos desenvolvem-se em vários níveis e são exercidos por equipas interdisciplinares, prevendo a criação de unidades de cuidados paliativos (Marques, Gonçalves, Salazar, Neto, Capela et al, 2009). Definiu-se cuidados paliativos como sendo:

Cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Os cuidados paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. (Direção Geral de Saúde, 2005, p. 10)

De acordo com Forte e Delponte (2011) o modelo de cuidados paliativos foi se alterando, como ilustra a figura 4. Passamos de uma conceção do cuidar no qual os cuidados paliativos se opõem aos curativos para um modelo no qual os cuidados paliativos são integrados nos cuidados curativos, de forma articulada e sincrónica, e se prolongam após a morte no acompanhamento do luto familiar.

Figura 4. Modelos de cuidados paliativos.



Fonte: Forte e Delponte (2011, p. 39).

Não é fácil, nem consensual, a terminologia usada quer pelo público, quer pelo meio científico para designar o período de tempo que antecede uma morte previsível, sendo por vezes utilizadas expressões como: estado terminal, fase terminal, fim de vida, situação limite ou agonia para designar a última etapa da vida. Segundo Osswald (1999, p. 38) o fim de vida “em sentido restrito, será o especialíssimo, pessoal e intransmissível processo em que termina a vida do organismo biológico (...)”. O autor esclarece que o conceito de estado (ou fase) *terminal* difere do conceito de *fim de vida*, sendo este entendido como um padecimento que conduz inexoravelmente à morte ou desliza para a senescência avançada com progressiva perda de forças e capacidades. “Teremos então um período que já não é de breves momentos ou horas (a agonia) mas bem mais alargado, ocupando semanas ou meses, quiçá mais de um ano”.

A expressão “*doente em fase terminal*”, segundo Pacheco (2004, p. 54), é habitualmente “aplicada a todas as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte”, ou, como escreve Osswald (1999, p. 55) “aplicada às pessoas com uma morte anunciada”.

A fase terminal da pessoa é descrita por Lamau (1995) como sendo a que corresponde ao momento ou estado em que o doente se deteriora a tal ponto e com tal rapidez que a morte é visível, perceptível para quem cuida, para a família e até para o próprio sujeito, observando-se o declínio rápido do potencial vital.

Se antes os processos de doença evoluíam de forma rápida para a morte, atualmente tendem a ser mais prolongados, mas independentemente da sua duração todas as mortes são precedidas por uma fase terminal, porque todas as pessoas “chegam ao fim do seu ciclo biológico através do percurso de um período terminal de doença que pode ser extremamente curto nas mortes súbitas ou inesperadas, ou prolongar-se por um tempo mais ou menos longo conforme a natureza da patologia subjacente.” (Pacheco, 2004, p. 51).

Contudo, e apesar das diversas opiniões dos diferentes autores, nem sempre é fácil de definir o conceito de *‘pessoa em estado terminal’*. Elena Suarez (1998, p. 17) define como sendo “a pessoa que sofre de uma doença irreversível, cuja morte se espera que ocorra apesar de todos os esforços ao nosso alcance, quer dizer, está no processo final da sua vida vivendo de acordo com as suas circunstâncias individuais, familiares, socioculturais e do seu meio ambiente”.

O estado terminal é descrito por Hottois e Parizeau (1998, p. 191) como um estado que “evoca uma etapa de maior duração do que a agonia, e refere-se a um estado no qual o curso da doença já não pode ser invertido por nenhum tratamento, culminando na morte”. A pessoa que se encontra no estado terminal é denominada como doente terminal, moribundo ou o próximo da morte. Leone (1997) considera que a primeira expressão é utilizada em detrimento das outras pelo facto de ser menos desagradável, e também menos problemática, dado o tabu linguístico que censura a morte e tudo o que se relaciona com ela. Com todos os apetrechos que a ciência e a medicina dispõem nem sempre é fácil caracterizar a pessoa que se encontra em *‘estado mórbido’*, ou *‘doença terminal’*, Peres (2011, p. 157) caracteriza-a pelas seguintes condições clínicas:

Doença progressiva e incurável em fase avançada, sem possibilidades de resposta ou tratamento específico; presença de numerosos problemas, ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e alternantes; grande impacto emocional no doente e família relacionado com a possibilidade incontestável de morrer e prognóstico de vida inferior a 6 meses.

A pessoa em ‘estado terminal’ é na opinião de Pires (2001) a portadora de doença evolutiva e que se pode encontrar numa das seguintes fases: *avançada*, em que o prognóstico é muito limitado, geralmente inferior a seis meses; *progressiva*, em que estão presentes um complexo de sintomas; de *rápida evolução* e que causam um sofrimento intenso ao doente e família e *incurável*, em que os tratamentos são ineficazes, não sendo previsível uma resposta satisfatória a qualquer tratamento específico.

A tipologia dos doentes em fase terminal é definida de diferentes modos, por diferentes autores, Trelis descreveu em 1996, três tipos de pessoas: *doente complexo*, com agudização de sintomas, que necessita de cuidados paliativos por dificuldade de controlo da sintomatologia, ou de aspetos psicossociais; *doente agónico*, com prognóstico de dias e *doente crónico* de cuidados paliativos, em que predominam os sintomas sistémicos de evolução lenta e com pouca complexidade terapêutica.

Como critérios de diagnóstico da síndrome de doença terminal, Garcia Férez (1998) destaca os seguintes: doença causal de evolução progressiva; prognóstico de sobrevivência inferior a um mês; ineficácia comprovada dos tratamentos e perda da esperança de recuperação.

A terminologia usada nem sempre é clara, nem classifica uma panóplia de situações únicas que se encontram na prática clínica. Cardoso, Bernardo, Carvalho, Fradique, Gonçalves, et al (2008) ajudam a clarificar os conceitos e propõe a substituição de ‘doente terminal’ por ‘pessoa com doença avançada progressiva’ que tem um prognóstico de vida limitado e necessita de um tratamento articulado e sincrónico com intervenções baseadas na complexidade das suas necessidades e de acordo com o pedido do doente e da família, colmatando a dicotomia entre tratamentos curativos e cuidados paliativos.

Importa clarificar os conceitos mobilizados nesta pesquisa para referir a pessoa próxima do final de vida e alvo dos cuidados de enfermagem. Usamos designações como ‘pessoa’, ‘cidadão’, ‘utente’, ‘consumidor de cuidados’ e ‘cliente’. Como refere o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 5) a opção pelo termo ‘cliente’ relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados. "Cliente como participante ativo. Cliente como aquele que troca algo com outro, e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economista, paga. Cliente a pessoa individual ou cliente-família ou cliente-

comunidade”. A referência a ‘doente’ e ‘paciente’, depende do contexto da descrição. O ‘doente’, é o ser que transforma a sua experiência de vida em ‘dor’ e ‘paciente’ o que a transforma a experiência em ‘paz’ e sabe esperar, suportar tristezas e infortúnios, o que resulta em alguma imprecisão, visto que estes dois momentos não sendo estáticos, podem regredir ou alternar. O momento de proximidade temporal da pessoa morrer é designado por ‘moribundo’ ou ‘agonizante’, que de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2014) significa o que está quase a morrer, ou prestes a extinguir-se. Como o cuidar não termina com a cessação das funções vitais referimos o ‘defunto’ ou ‘falecido’ ao que acaba de morrer e cuidar do cadáver para designar o corpo sem sinais vitais, mas que necessita de ser cuidado e que na tradição da enfermagem se nomeia por fazer a ‘múmia’.

Uma das prioridades definidas nas orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (PNS) do início do milénio (2004-2010) pela Direção Geral de Saúde (2004 b, p. 35) foi o ‘Morrer com dignidade’, e os ‘settings’ a privilegiar nesta fase do ciclo de vida, que incluíam: a família, habilitando-as para a prestação de cuidados informais; os agrupamentos de centros de saúde e hospitais, capacitando-os para a prestação de ações paliativas; as unidades de cuidados continuados, capacitando-as para a prestação de ações paliativas em internamento e no domicílio.

Sendo os Planos Nacionais de Saúde documentos chave para orientar a saúde dos portugueses a longo prazo, este teve como estratégia para obter mais saúde para todos, a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, pelo facto de permitir uma perceção mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida, foi substituído na década seguinte pelo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 que se estrutura na continuidade e após a avaliação do anterior.

## 1.6. MUDANÇA DE PARADIGMA DO CUIDAR

*“A morte não é a maior perda da vida.  
A maior perda da vida é o que morre  
dentro de nós enquanto vivemos.”*  
(Norman, Cuisins, 1982)

A longevidade aumentou e com ela emerge outro fenómeno, o das doenças crónicas, passando a morte a ocorrer frequentemente no final de uma doença crónica evolutiva. Na década de setenta, surgiu um movimento de humanização do cuidar dos doentes em fim de vida, para contrapor à frieza dos hospitais modernos. A pioneira desta tendência o *‘Hospice movement’* foi a enfermeira e médica britânica Cicely Saunders, aplicando uma filosofia de cuidar holístico aos doentes portadores de doença oncológica e que se encontravam em processos de fim de vida. Introduziu o conceito de dor total *‘total pain’*, que se refere não só à dor física, mas também ao sofrimento psicológico e espiritual que acompanha a pessoa na fase final de vida e que pode estar associado ao medo, à angústia, às múltiplas perdas que se sucedem, absorvendo toda a pessoa (Pacheco, 2004). Esta realidade descrita há meio século continua a ser escamoteada, em vez de percebida como uma emergência social à qual se deve dar resposta.

A intensidade da luta pela busca da cura de muitas doenças e a sofisticação dos meios associados a essa luta levaram à cultura da negação da morte, de triunfalismo heroico sobre a mesma, de ilusão de pleno controlo sobre a doença, relegando para segundo plano as intervenções na saúde que longe de garantir a cura, garantissem e promovessem um final de vida condigno. A morte passou a ser negada e encarada como derrota por muitos profissionais de saúde, como falhanço e frustração, e o treino dos profissionais sofreu, de algum modo, uma desumanização, com menor enfoque nas questões em torno da não-cura. (Neto, Aitken & Paldron, 2004, p. 13)

Volvidas algumas décadas sobre a implementação do cuidar paliativo em Inglaterra, chegamos a este milénio sem uma política definida para o cuidar em fim de vida. Estima-se que nas próximas décadas aumentem substancialmente as necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado de prevalência de doenças de evolução prolongada e com elevado grau incapacitante, as quais reclamam, mudanças das políticas de saúde e de solidariedade social.

A Ordem dos Enfermeiros (2005) através da análise de várias pesquisas verificou que os cuidados paliativos, pela identificação e tratamento precoce da dor e de outros problemas de saúde, melhoram substancialmente a qualidade de vida dos moribundos e dos seus cuidadores. Contudo, e de acordo com estes estudos, a maioria dos sistemas de

saúde europeus oferecem poucas opções de cuidados nesta área, proporcionam escassas oportunidades de formação aos profissionais de saúde e disponibilizam quantias insignificantes para a investigação que suporta este tipo de cuidados.

Uma das respostas diferenciadas é determinada pelas necessidades específicas das pessoas idosas e das pessoas com perda de autonomia, as quais obrigam, na atual organização social a um processo integrador de duas dimensões indissociáveis: a da saúde e a da segurança social. É neste contexto que se insere o conceito e a prática de cuidados continuados ou de longa duração, onde a complementaridade entre as famílias e o apoio público atinge o seu expoente máximo (Conselho de Ministros, 2005).

A morte, ou a sua proximidade, ativa vários tipos de dores e de sofrimentos, sintetizados no quadro 1, bem como faz refletir sobre aspetos filosóficos, espirituais e existenciais da vida.

Quadro 1. Componentes da dor total

<b>Tipos de dor</b>	<b>Componentes</b>
Física	Dor fisiológica, limitações funcionais e físicas
Psicológica	Ansiedade, luto antecipatório, medo, depressão, negação, impotência, isolamento psíquico, dependência e perda de autonomia
Social	Isolamento pessoal e social, dependência, necessidade de apoios, questões familiares e problemas económicos.
Espiritual	Propósitos e significados, relações com Deus e a transcendência, procura de significado para a vida e para a morte, amor, afetos, esperança, reconciliação.

Fonte: (Santos, 2009b, p. 413).

“A pessoa que experiência a proximidade da morte, envolve necessariamente quatro dimensões: física, emocional, ou psicológica, social e espiritual, sendo esta classificação meramente didática, pois não temos como categorizar e empacotar os sofrimentos” (Santos, 2009b, p. 412).

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos portugueses nos últimos 40 anos. Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível

dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas incapacitantes. Estão a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006).

A enorme variedade nas necessidades de cada pessoa doente, e a sua rápida mutabilidade, leva a que o mesmo cliente possa ser progressivamente apoiado em diferentes tipos de serviços, conforme a fase de evolução da doença e as condições globais de suporte. A boa articulação e o funcionamento em rede das várias tipologias de serviços são condições para a prestação de cuidados de qualidade e também a forma de rentabilizar os escassos recursos atualmente existentes. As respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e nos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças ou situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidarem com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Neste âmbito é necessário conceber e concretizar políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade. Estes pressupostos requerem a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de



situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 2006).

Neste contexto, pretende-se dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

Em Portugal a integração dos cuidados continuados na malha dos serviços prestados à população com necessidades específicas exige, não só a revisão dos paradigmas habitualmente usados na abordagem curativa dos cuidados de saúde como a revisão dos cuidados de natureza comunitária, desenvolvendo ações mais próximas dos cidadãos idosos e das pessoas em situação de dependência e de fim de vida, de modo a promover, a possibilidade de uma vida mais autónoma e de maior qualidade; humanizando os cuidados; potencializando os recursos locais; ajustando-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual com perda de funcionalidade e os processos de degradação por doenças crónicas de evolução prolongada.

Esta mudança de paradigma dos cuidados marca uma viragem na filosofia assistencial, em que os profissionais de saúde tentavam manter a vida do doente a qualquer preço, mesmo que isso implique mais sofrimento.

### **O enfermeiro no cuidar em fim de vida**

A postura dos profissionais face aos doentes em fase terminal oscilava, muitas vezes, entre o abandono e o *‘encarniçamento terapêutico’* que na prática é conhecida como distanásia, que prolonga a agonia na tentativa de adiar a morte e de conseguir uma sobrevida sem qualquer qualidade, mesmo sabendo que a cura não é possível e o sofrimento se torna demasiadamente penoso. Em oposição a este conceito foi surgindo o de *‘ortotanásia’*, ou seja de uma morte digna, sem abreviações desnecessárias e sem sofrimentos adicionais, não se procedendo a qualquer tipo de meio para manter ou

prolongar a vida, promovendo o morrer em paz, sem que se promova ou acelere o processo (Borges, 2005).

Verificamos que há múltiplas e até contraditórias visões e interpretações do fenômeno da morte e os profissionais de saúde, bem como os estudantes de enfermagem, não são imunes às influências sócio culturais, podendo adotar diferentes posturas: “optar pelo distanciamento da morte ou pela sua aproximação, pela reflexão ou pela indiferença, é um privilégio do Homem, mas em nenhuma situação será neutra ou casual, pois ela corresponderá sempre a uma interpretação da própria vida” (Neves, 1996, p. 10).

No entanto espera-se que os prestadores de cuidados sejam capazes de personalizar as intervenções e as convicções pessoais e respeitar as escolhas de cada indivíduo e família devendo conhecer um pouco das crenças e valores culturais de cada grupo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Cabe aos profissionais de saúde e aos cidadãos em geral estar atento e não permitir que se caia na desumanização. Quando se assume que, “(...) por não haver mais nada a fazer para curar, nada mais se pode oferecer a um doente, caímos na armadilha da desumanização crescente, na negação do sofrimento associado à doença terminal, no esquecimento de valores éticos fundamentais” (Neto, Aitken & Paldron, 2004, p. 14).

Os enfermeiros têm um papel importante na saúde das populações. Como refere Carvalho e Carvalho (2006) o estímulo necessário para a mudança da enfermagem foi a iniciativa da OMS “*Saúde para Todos*” (1978), que salienta a necessidade dos enfermeiros trabalharem fora do contexto hospitalar.

Segundo a OMS um novo paradigma da organização dos cuidados de saúde passa pelo enfermeiro de família que é o responsável por um grupo bem definido de famílias e deverá contribuir de maneira útil nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, para além das suas funções de tratar e cuidar. Os enfermeiros podem contribuir para o encurtamento das hospitalizações ao prestarem cuidados de enfermagem às pessoas nos seus domicílios, serem o elo de ligação entre família, o médico e outros profissionais e assumindo a responsabilidade como gestores dos cuidados (OMS, 2000). Nesta abordagem o que é novo “é o foco nas famílias e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável” (Hennessy & Gladin, 2006, p. 9).

Podemos dizer que a enfermagem comunitária desenvolve um serviço que é centrado nas famílias e na comunidade, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões. Procura trabalhar com famílias de forma a ajudá-las a desenvolverem capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções. Procura desenvolver estratégias para a promoção e prevenção da doença numa perspetiva de melhoria da qualidade de vida. Sabemos que, a reforma dos cuidados de saúde tem subjacente o acesso e o tratamento a todos.

Neste sentido, o papel da enfermagem, mais concretamente o papel do enfermeiro de família é crucial para que a promoção da saúde e dos cuidados, sejam dirigidos ao indivíduo, à família e grupos, enquanto cliente, tendo por base o diagnóstico da situação de saúde, numa perspetiva sistémica.

Tendo por base este conceito, os enfermeiros de família são detentores de um papel num *continuum* de prestação de cuidados, ao longo do ciclo de vida, e aos cinco níveis de prevenção: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária (Almeida, 2005), tendo como finalidade alcançar um potencial de saúde para todos, assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos CSP, através do desenvolvimento de serviços de saúde, orientados para a comunidade e para a família.

Tendo em consideração a emergência das novas necessidades em saúde, perante o atual cenário, perspetiva-se que as intervenções de enfermagem ultrapassem os contextos onde tradicionalmente são desenvolvidas as suas atividades. O contributo da enfermagem situa-se a dois níveis, nas atividades interdependentes de colaboração com outros profissionais de saúde, nomeadamente no diagnóstico e tratamento da doença e nas atividades autónomas, focando-se não só na doença mas também na resposta humana aos problemas de saúde e às transições de vida.

Tendo por base os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2000), satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados, os cuidados de enfermagem devem ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade, em matéria de saúde, e a promover os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios dos processos de saúde-doença.

## 2. APRENDER A LIDAR COM A MORTE

*“O homem está sempre disposto a negar aquilo que não compreende.”*  
(Luigi, Pirandello, 1932)

A pluralidade das atitudes face à morte corresponde à complexidade do sentido que esta pode assumir, como refere Pacheco (2004, p. 10) “A procura do sentido da morte é indissociável do próprio sentido que se atribui à vida, uma vez que ao pensarmos qual o sentido da nossa morte, perguntamos, muitas vezes, qual o sentido da vida”.

Aprender a lidar com a morte é um processo de construção que se vai fazendo ao longo da vida. A conceção da morte na criança difere da do adulto e do idoso. A pessoa vai sucessivamente desenvolvendo as estruturas cognitivas e aprendendo a lidar com as questões existenciais e emocionais. Aprender a lidar com a morte é aprender a aceitar as perdas, fazendo os lutos ao longo do ciclo vital, é ir desenvolvendo a capacidade de aceitar a vida com todas as vicissitudes e desígnios.

Aprender a lidar com a morte significa aprender a gerir as emoções e os sentimentos que esta desperta quer nos que partem, quer nos que ficam. Embora a linguagem popular utilize frequentemente, com o mesmo significado, os termos emoção, afeto e sentimento, para designar a mesma realidade, mas há distinção. Chalifour (2008, p. 59) citando a opinião de Kirouac (1989) refere que a emoção é um estado afetivo mediado por sensações de atração ou de repulsa, ligado a um objeto preciso e com uma duração breve, acompanhada de alterações fisiológicas. Tem três constituintes: o comportamento motor associado (o que é expresso), o aspeto vivencial (o que é sentido) e os mecanismos fisiológicos (o orgânico). O sentimento é descrito como uma experiência subjetiva que acompanha uma emoção. A autora considera que o sentimento designa a coloração afetiva dos conteúdos conscientes, o que faz aparecer as sensações como agradáveis ou não, podendo provir de sensações de repulsa como: doença, ferimentos, morte, ou atração como estados de bem-estar.

As emoções estão relacionadas com todas as componentes da pessoa. No plano cognitivo, o modo como a pessoa interpreta o acontecimento da morte tem efeito sobre o sentimento que lhe vai associar. No plano social vários fatores influenciam a escolha das emoções que são reveladas, bem como o modo como se manifestam. Também o

contexto e a motivação têm repercussões sobre a forma como o sentimento é vivido e expresso.

Aprender a lidar com a morte passa pela integração do fenómeno nos seus conteúdos culturais e religiosos. A morte nas sociedades ocidentais, baseada numa conceção judaica cristã tem uma construção filosófica diferente das sociedades orientais fundamentadas no budismo, hinduísmo ou taoísmo. Ao longo da vida a pessoa questiona a dimensão existencial, faz perguntas sobre o sentido e significado da morte; sobre o porquê da sua existência; sobre o que acontece após a morte, para onde esta nos conduz e como será. A morte enquanto fenómeno desconhecido é um mistério o que justifica o medo e as interrogações sem resposta.

A ideia da imortalidade tem prevalecido ao longo dos tempos, numa tentativa de encontrar consolo para além da morte. A angústia gerada pelo pensamento da morte, desencadeia no homem a conceção da perenidade o que explica a importância atribuída à salvação depois da morte (Gadamer, 1997).

Enquanto vivos vamos alimentando a esperança na imortalidade e quando doentes na cura. Mas quando esta já não é possível há que procurar alívio para a dor e sofrimento, de modo a obter o máximo bem-estar durante o pedaço de vida que resta.

Há uma construção social no sentido de evitar a morte e os profissionais de saúde, como salienta Pacheco (2004), estão mais preparados e motivados para enfrentar a doença, tratar a sua causa e tentar evitar a morte, do que para prestar cuidados paliativos. É necessário alterar o paradigma centrado no tratar para o de cuidar. “Na maior parte das situações, o tratar sobrepõem-se ao verdadeiro cuidar, e as atenções voltam-se para a doença, esquecendo a pessoa doente e a sofrer” (Pitta, 1999, p. 64).

Neste segundo capítulo vamos abordar o modo como as pessoas ao longo do processo de desenvolvimento, vão sendo capazes de construir e aprender a lidar com a ideia da morte. Reflete-se sobre o modo como a sociedade atual educa, ou não, para a morte, e como se tem processado o ensino de enfermagem de modo a capacitar os futuros enfermeiros para cuidar em fim de vida e a desenvolver competências profissionais nesta área do cuidar.

## 2. 1. COMPREENDER A MORTE AO LONGO DO PERCURSO DE VIDA

*“Cuidar ...esta arte que precede todas as outras,  
sem a qual não seria possível existir,  
está na origem de todos os conhecimentos e  
na matriz de todas as culturas.”*  
(Collière, Marie-Françoise, 2003)

Nos tempos em que a morte era um fenómeno doméstico e natural, as crianças e jovens iam fazendo esta aprendizagem social, quer na comunidade onde se inseriam quer no espaço da família de pertença. Quando adultos sabiam como cuidar dos seus familiares em estado terminal. Chegados ao fim da vida também sabiam como comportar-se pois já tinha assistido ao fenómeno várias vezes. A família era respeitada e apoiada pela comunidade nesse processo de preparação para a morte e depois no luto. Aprender a lidar com a morte era simultaneamente feito na família e na comunidade, do mesmo modo que se aprendia a lidar com outros acontecimentos de vida, o que não se verifica atualmente, em que a construção do processo de aprender a lidar com a morte é complexo.

Diferentes perspetivas sobre a morte vão sendo construídas num processo contínuo, que começa muito cedo e é desenvolvido ao longo de toda a vida, salienta Novo (2000). Neste percurso é necessário que seja dado suporte e informação para que, desde cedo, aprendamos a lidar com os processos de morrer. As crianças tanto na escola quanto na família, devem ser apoiadas nas conceções que vão construindo sobre a morte, uma vez que o conceito de morte é um dos fundamentos organizadores mais importantes da vida, tendo consequências relevantes tanto na formação da personalidade quanto no desenvolvimento cognitivo (Torres, 2002). Partindo dessas evidências é possível postular que tanto a família, quanto a escola devem estar abertas ao tema da morte quando este emerge nas vivências ou nas fantasias das crianças.

O conceito que a criança elabora acerca da morte e do morrer, depende do seu estágio de desenvolvimento, como salienta Oliveira (1998). As pesquisas sobre a aquisição do conceito de morte em criança são importantes na medida em que enfatizam a necessidade de falar com elas sobre esse tabu na nossa cultura. Dialogar com a criança sobre a morte requer, além de sensibilidade por parte do adulto, usar palavras e experiências que sejam compreendidas por elas. É importante trazer o tema da morte para uma dimensão que possa ser assimilada de acordo com seu nível de

desenvolvimento cognitivo (Kovács, 1992; Torres, 2002). Mas, esta tarefa não é fácil, os adultos ficam perplexos perante a possibilidade de permitir, ou não, que a criança conviva com o fenómeno e assista aos rituais fúnebres. Isto porque os adultos não sabem como explicar a morte. A propósito deste dilema Kübler-Ross (1996, p. 18), refere que “É uma preparação gradual, um incentivo para que encararem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e a amadurecer”.

Para melhor compreender e ajudar a criança a viver e a lidar com a finitude da vida é fundamental conhecer o modo como esta constrói a imagem do mundo que a rodeia, bem como o conceito que tem da morte.

### **A morte nos primeiros anos de vida**

A morte não tem significado relevante para a criança com menos de três anos, para ela o importante é a vinculação na ligação mãe-filho e o desenvolvimento do sentimento de confiança, sendo a perda da pessoa significativa, ainda que temporária, dolorosa. Como referem Pinto e Veiga (2005) a separação prolongada durante os primeiros anos de vida tem maior importância do que em qualquer outra idade, ao nível do crescimento físico, social e emocional.

Os toddlers (1-3 anos) são egocêntricos e só conseguem pensar nos acontecimentos a partir do seu próprio esquema de referência, a vida, pelo que este grupo etário é mais afetado por qualquer mudança no modo e estilo de vida familiar, reagindo mais à dor e ao mal-estar de que ao prognóstico de uma doença grave.

Dos três aos cinco anos, a morte não é vista como um facto consumado, esperando-se o regresso da pessoa. Segundo Pettle e Britten (1995, *cit. in* Oliveira, 1998) as crianças com menos de cinco anos apesar de saberem que a morte existe, não atingem a sua finalidade, sendo nesta idade que surge a função simbólica, a morte pode ser vista como um sono ou uma viagem. O principal medo da criança é a separação das pessoas significativas, que se traduz na ausência de proteção e afeto.

As crianças em idade pré-escolar (3-5 anos), podem acreditar que os seus pensamentos são suficientes para causar a morte e por consequência sofrem de sentimentos de culpa, vergonha e castigo. Se a perda é profunda, dolorosa e ameaçadora, a criança precisa de a negar, a fim de poder sobreviver ao impacto devastador do acontecimento. Reações comportamentais como rir sem motivo, chamar a atenção ou regredir para habilidades

das fases anteriores de desenvolvimento indicam a necessidade de se distanciar da perda.

Habitualmente até aos cinco anos a criança não tem consciência da finitude, mas após esta idade o conceito passa a estar presente quando se confronta com a experiência da morte de um familiar ou amigo. Almeida (2006, p. 14) alerta para o facto da criança “Intuir este conceito de forma muito curiosa, por vezes com mais clareza e frontalidade que os próprios adultos. Pelo que urge desmistificar os nossos medos reais, indevidamente transportados para a incapacidade da criança.”

### **A morte nas crianças em idade escolar**

As crianças em idade escolar vão desenvolvendo uma compreensão mais profunda da morte em sentido concreto e temem a mutilação e a punição que associam à morte.

Dos cinco aos oito anos, a criança encontra-se numa fase intermédia de desenvolvimento cognitivo entre a conservação e a não conservação, existindo uma forma de pensar semi reversível relativamente aos acontecimentos. Marques et al. (1991) referem que a criança passa a compreender a morte como personificada por um fantasma, sendo o fenómeno entendido com uma causalidade externa.

Por volta dos 9-10 anos, desenvolvem um conceito da morte próximo do adulto, por compreenderem que ela é universal e irreversível, mas personificando-a como um demónio, monstro ou fantasma. Devido à sua maior capacidade de compreensão podem sentir vários medos: o motivo da doença, o processo de transmissão para si mesmo ou para outras pessoas, as consequências e o processo de morrer. São muito interessadas nas cerimónias e providências após a morte, e podem fazer perguntas a respeito do que acontece com o corpo.

Dos oito aos onze a doze anos, a criança é vulnerável ao sentimento de culpa e pode olhar a doença e a morte como algo punitivo. Para além da culpa, pode também haver o sentimento de solidão. Nesta fase passa do estágio pré-operatório para o das operações concretas, pelo que o conceito de morte começa a assumir características de irreversibilidade e universalidade, que só vão consolidar-se depois dos catorze, quinze anos, sendo a partir do período das operações formais que a criança pode compreender a morte como fenómeno irreversível, universal e inevitável (Domingos & Maluf, 2003).

A criança desde pequena pensa na morte, pois depara-se com ela em diversos aspetos



familiares sociais e fenômenos da natureza. A ideia da morte reflete o interesse que esta tem sobre si e sobre o ambiente que a rodeia. Contudo o seu interesse é muitas vezes silenciado, é afastada, enganada, ou perturbada pelas dúvidas e fantasmas dos adultos, que vivem a morte numa cultura de terror. Ao perceber que algo estranho lhe é escondido desconfia dos adultos e prejudica a sua aprendizagem por falta de um diálogo sereno sobre a morte no seio da família e da escola. Em vez disso, tem acesso a ela sob formas deturpadas (a morte espetáculo transmitida pelos media), ou constrói as suas próprias ideias, por vezes bizarras, a partir de informações mal dadas pelos adultos (Firmino, 1993).

Diversos autores (Nunes, et al., 1998; Torres, 2002) evidenciam três dimensões do conceito de morte: *irreversibilidade* (morte como algo final, permanente), *não funcionalidade* (compreensão de que as funções vitais cessam com a morte) e *universalidade* (todas as coisas vivas morrem). Estas dimensões estão relacionadas com os estágios do desenvolvimento cognitivo de Piaget (1967), em que se verifica que a morte é tida como reversível nas fases iniciais do desenvolvimento. Segundo Nunes et al (1998, p. 581), "a maioria das crianças saudáveis tem o conceito de morte formado entre os 5 e 7 anos, no período de transição do pensamento pré-operacional para o operacional concreto".

### **A morte na adolescência e juventude**

Com a adolescência surge uma nova etapa de mudanças cognitivas, físicas e psicossociais. O adolescente, contrariamente à criança, consegue compreender o significado de uma doença grave e da morte. Face a essa realidade podem surgir reações de cólera, revolta, recusa, sentimentos de injustiça, ou passar por estados de depressão e regressão com infantilismo (Oliveira, 1998).

A relação do adolescente com a morte e as reações à perda são peculiares, especialmente porque são moduladas pela fase de desenvolvimento em que se encontram, cuja tarefa central é a construção da identidade, de acordo com a teoria de Erikson (1971, *cit. in* Neuman & Neuman, 1991). A aquisição da individualidade pode, nas primeiras fases da adolescência, evocar a percepção de si mesmo como ser solitário, fazendo com que nesta etapa se sinta mais vulnerável à morte (Domingos & Maluf, 2003).

Os adolescentes e jovens tendem a manifestar os sentimentos face à morte de forma espontânea, através da depressão ou até de tentações suicidas considerando a vida sem sentido. É na juventude que começam a pensar na hipótese da vida para além da morte e a interessarem-se por teorias esotéricas (Pennells & Smith, 1988, *cit. in* Oliveira, 1998). As relações que se estabelecem com a morte ao longo do ciclo vital, não são só de natureza cognitiva. As representações, perceções e cognições originam diferentes estados afetivos que nos levam a adotar tanto atitudes transitórias, quanto duradoiras a respeito da morte (Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

### **A morte na idade adulta**

O que somos em adultos resulta do desenvolvimento cognitivo, afetivo, moral e psicossocial, inserido num dado contexto, da instrução recebida, da educação e das interações estabelecidas com quem nos é próximo, como pais, amigos e professores (Oliveira, 2006).

Na vida adulta os processos de lidar com a morte, envolvem-se de complexidade e sofrimento. A conceção de morrer para os adultos, é algo com que convivem no quotidiano, como perda de emprego, separações, entre outras, e não apenas o fim da vida física. Se o indivíduo puder enfrentar e compreender a sua morte final, talvez possa aprender a encarar e lidar com cada mudança que se apresente na vida (Kübler-Ross, 1996). Para o adulto o medo de morrer inclui o indesejável prospecto de sofrer; ou seja, é a possibilidade de padecer a aflição física que torna o morrer um evento tão eversivo. Ao tomar consciência da possibilidade imediata da própria morte, a pessoa é levada a rever as prioridades e os valores, sendo a consciência da morte reveladora da insignificância do acúmulo de posses e das tarefas quotidianas presentes, muitas vezes, de forma inadequada ao longo da vida, (Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

A ideia da morte só se desenvolve com uma maturidade do aparelho psíquico que possibilita a capacidade para construir um sentido do self que inclui um passado mais definido, um presente e um futuro delimitados e uma consciência da inevitabilidade da morte. Novo (2000, p. 129) salienta que “(...) na meia-idade, a consciência da finitude da vida pessoal torna-a tarefa fundamental do desenvolvimento, forçada pelas mudanças de envelhecimento, pela maturação dos filhos e pela morte dos pais, amigos e contemporâneos.”

## A morte no idoso

Na sociedade ocidental, a ideia de morte parece ser melhor aceite pelo idoso, do que para as outras pessoas. Isto porque se considera que completaram o processo de desenvolvimento e estão na última etapa do ciclo vital, sendo esta fase marcada por transformações do corpo, perdas relacionais e reconhecimento da finitude da vida, em que se verificam grandes mudanças. Como salienta Calarrusso (1998, *cit. in* Novo, 2000) as três tarefas de desenvolvimento específicas dos idosos são: manter a imagem corporal, a integridade física e aceitar a morte dos outros e preparar a pessoal. Ao aceitar a morte pessoal a pessoa adquire paz, não vive com desespero ou remorsos.

O idoso é aquele que já cumpriu uma jornada de vida e estaria pronto para morrer (Boemer, 1998). Apesar desta perspetiva cultural, o facto é que a morte tem maior probabilidade biológica de ocorrência nos idosos, e os enfermeiros conseguem aceitar com alguma naturalidade a morte de alguém que já atingiu uma idade avançada, sendo mais fácil o acompanhamento do doente e da própria família. Porém, a morte de um jovem ou de uma criança é sentida forma diferente, na maioria das vezes não é aceite e pode gerar revolta. Pacheco (2006, p. 33) cita Cícero (sd), no seu texto *De Senectute*.

Assim como a morte de um adolescente faz-me pensar numa chama viva apagada sob um jacto de água, a de um velho assemelha-se a um fogo que suavemente se extingue. Os frutos verdes devem ser arrancados à força da árvore que os carrega; quando estão maduros, ao contrário, eles caem naturalmente. Da mesma forma, a vida é arrancada à força aos adolescentes, enquanto deixa aos poucos os velhos quando chega a sua hora.

São várias as etapas que a pessoa percorre até aceitar a morte. Berger e Mailloux-Pourier (1995), descreveram etapas do processo de morte e luto especialmente aplicáveis a pessoas idosas: a *negação*, surge após o estado de choque, em que o idoso não quer acreditar que vai morrer e repele essa eventualidade. O *protesto* face à morte, normalmente nos idosos exprime-se com menos relevância, comparado com outras idades. *Sentimentos de tristeza e melancolia* são mais frequentes quando não podem exprimir o desgosto. Fecham-se em si mesmo, desligam da realidade com um desprendimento destrutivo. O *medo* surge geralmente depois da tristeza e está ligado ao sentimento de abandono, pode manifestar-se por sintomas físicos, angústia ou reações agressivas. Na *negociação*, o idoso aceita a morte, mas dá-se conta de que o tempo

urge, a vida está a acabar e tenta ganhar tempo, negociando. O idoso tende a evoluir para a *aceitação progressiva* e neste estágio não é feliz nem infeliz, é o estágio da paz. Não é um estado de resignação, mas uma vitória. O *reajuste da rede social*, é uma etapa que implica uma nova ligação e novos laços, porque o processo de luto é muito exigente e o idoso necessita encontrar nas outras pessoas, fontes de energia que o ajudem a preencher o vazio interior. O *perdão* como forma de desligar dos objetos ou das pessoas com quem se envolveu, permite-lhe integrar o que viveu na sua experiência pessoal.

### **A morte na pessoa**

As respostas emocionais da pessoa, que enfrenta a morte, podem ser diversas. Kübler-Ross, (1996) considera que as reações da pessoa face ao morrer pode atravessar vários estádios, embora estes não sejam necessariamente desencadeados por uma ordem cronológica-evolutiva, podendo haver sobreposições e retrocessos e acabar por morrer sem aceitar a morte. Apoiada na experiência de lidar com doentes oncológicos Kübler-Ross (1996) definiu os tempos da morte como andamentos de uma sonata. Independentemente de concordarmos, ou não, com esta perspetiva de cinco estações no percurso da via-sacra ao encontro de um caminho que conduza ao fim, a contribuição da autora foi fundamental para ajudar a compreender o processo de fim de vida. Esta considera que a primeira fase da *negação* / isolamento / choque / descrença corresponde, normalmente, à fase do primeiro impacto em que é difícil reconhecer e aceitar a morte eminente. Segue-se a *fase da raiva, hostilidade ou cólera* em que manifesta a ira, aludindo à má sorte perante aqueles que não estão condenados. Este estágio é normalmente difícil para aqueles que o rodeiam. A *fase de negociação ou de troca* em que aceita o facto de estar prestes a morrer, mas tenta negociar com a divindade, com os profissionais de saúde o prolongamento da vida, a diminuição da dor ou do sofrimento.

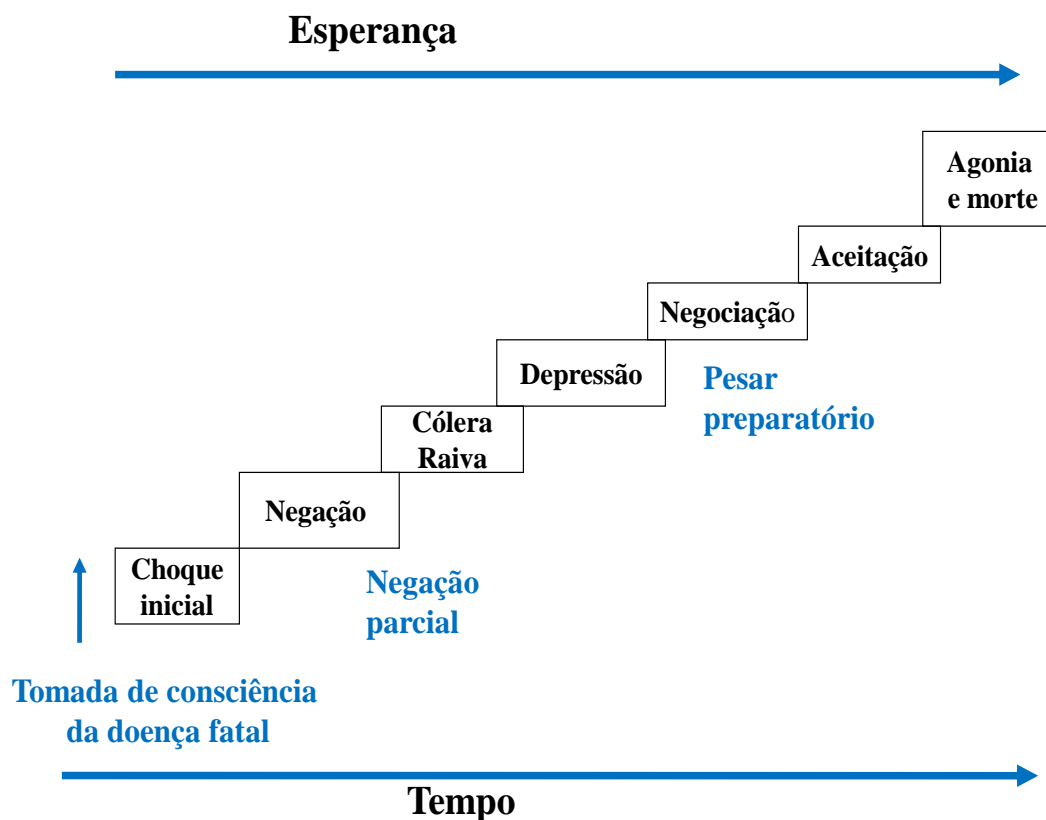
Gradualmente a pessoa vai tomando consciência das consequências da doença e passa por um período *depressivo de silêncio, ou de tristeza*. De início a depressão é reativa, verbaliza, chora ao refletir sobre as provações passadas, os erros e as deceções.

Neste percurso pode surgir um período de calma e paz, em que se deseja estar a sós consigo mesmo, para relembrar o passado e perspetivar o futuro desconhecido. Ao aceitar a morte, não se pode confundir essa aceitação com um estado de felicidade, mas

antes uma fase de acalmia, como se a dor tivesse desvanecido, a luta cessado e chegasse o momento do repouso antes da grande viagem (Kübler-Ross, 2002). Há que salientar que nem todos atingem o estágio de aceitação, uns mantêm-se na negação, outros afundam-se na depressão e só alguns atingem a última fase, sendo estes que conseguem manter conversas profundas com pessoas significativas, num diálogo realista, de modo a aceitar as coisas boas e más, fomentar a maturidade e uma vida interior e interpessoal mais fecunda.

Neste processo destaca-se um sentimento constante em quase todos os doentes, a *esperança*, seja ela mais ou menos nítida, misturada ou paralela, por vezes muito ténue, mas persistente. O processo de morrer tem como pano de fundo, uma esperança permanente e viva, como elemento constitutivo do homem, até aos últimos instantes. A esperança pode centrar-se num medicamento novo, numa cura milagrosa, no alívio do sofrimento, numa operação, em terapias complementares, etc. (Kübler-Ross, 2002).

Figura 5. Etapas do processo de morrer.



Fonte: Kübler Ross (2002, p. 274).

Vários autores, para além de Kübler-Ross vêm estudando o processo de morrer. Garcia Ferréz (1998) salienta que este modelo é válido quando o doente é informado da sua situação, porém nem sempre tal acontece na cultura ocidental. O autor encontrou outras fases características dos doentes que não conhecem o seu prognóstico e que passam por: reação de despreocupação e ignorância, de insegurança e de temor, de negação implícita e finalmente de saber a verdade. Quando o doente conhece o seu prognóstico está em situação de desenvolver reações como as enumeradas no modelo de Kübler-Ross (2002). Os estádios descritos fazem parte de um processo que antecede a morte.

Outra preocupação é sobre o modo como se processa o momento a seguir à morte clinicamente comprovada. Sendo a questão: O que ocorre após a morte? Uma das grandes interrogações. Com base em vários estudos dos fenómenos de quase morte Andrade (2003, p. 92) refere os estádios mais frequentes: inefabilidade, ouvir a notícia da morte, sentimento de paz e serenidade, ver um túnel escuro, sensação de estar fora do corpo, encontro com outros já falecidos, presença de seres de luz, recapitulação de vida, aparecimento de uma barreira ou limite.

### **A morte na família**

Normalmente as famílias ao longo do seu ciclo vital desenvolvem um equilíbrio onde cada um tem o seu lugar, esta homeostasia é alterada quando surge a doença grave, ou a morte de um dos membros. Como referem Walsch e McGoldrick (1998), suportadas nos estudos feitos por Bowen (1976), Walsk (1982) e Herz (1989) há fatores que influenciam a adaptação da família às perdas e ao luto, como: o processo de morrer, a rede de suporte familiar e social, a etapa do ciclo de vida da pessoa falecida e o contexto socio cultural.

O luto é uma das maiores crises que muitas pessoas terão que enfrentar, é um processo de transição em que “a pessoa ao fazer o seu luto, adapta-se à perda e ao significado que essa perda tem na sua vida. A realidade de um evento externo é interiorizada” (Twycross, 2001, p. 62).

A adaptação da família à doença, ao processo de perda e ao luto, se feito de forma gradual, pode passar por diferentes etapas e respostas adaptativas. Ao serem confrontados com uma doença grave, ou de mau prognóstico os familiares têm uma tarefa chave, “que é manter a vida familiar normal, dentro da presença anormais da

doença” (Hanson, 2005, p. 306). Na medida que lidam com o familiar doente os membros da família tornam-se prestadores de cuidados cada vez mais experientes, mas neste percurso e na relação que estabelecem com os profissionais de saúde podem passar por diversas fases, como a de confiança ingénua, a de desencantamento e a de aliança protegida.

Na fase de *confiança ingénua*, a família espera que os profissionais tenham a mesma perspetiva que eles sobre o cuidar do doente. Confiam ingenuamente que os profissionais agem de acordo com os interesses do doente, mas com o passar do tempo aprendem que a sua experiência é muitas vezes menosprezada e progridem para a fase seguinte.

A *fase de desencantamento* em que se instala a insatisfação com os cuidados, a frustração e o medo. As famílias descobrem que era difícil estarem envolvidas nos cuidados, por falta de informação. A confiança nos profissionais vai diminuindo e começam a ver o seu familiar doente como alguém vulnerável e que precisa de proteção.

Na fase de *aliança protegida*, as famílias renegociam a confiança com os profissionais, procuram informação e compreendem as diferenças entre a sua perspetiva e a dos profissionais de saúde desenvolvendo uma parceria para os cuidados (Hanson, 2005).

Diferentes estudos identificam os modos como as famílias vivenciam o processo de doença e morte nas diversas fases. Como refere Twycross (2001) normalmente as pessoas lidam com o luto oscilando entre o enfrentar a dor e evita-la, tendo comportamentos orientados para a perda ou para a restauração. Este autor considera que um processo de luto passa por diversas fases que incluem: o choque, o entorpecimento e a descrença, em que a pessoa parece desligada da realidade; O choque e o entorpecimento vão progressivamente dando lugar a sentimentos de separação e de dor, pode instalar-se a fase de desespero quando se compreende que a pessoa perdida não retorna; O desespero pode progressivamente dar lugar à fase de aceitação e à medida que os antigos padrões vão sendo substituídos surge a fase de resolução e de reorganização.

Os estudos de Giacquinta realizados em 1977 em 100 famílias identificaram as seguintes etapas: *enfrentar a realidade, reorganização, perda e restabelecimento e de adaptação* da família. Na primeira etapa a família *enfrenta a realidade*, podendo

desenvolver várias respostas, a que os autores agruparam em cinco fases. A fase de impacto, a de desorganização funcional, a procura de explicações, a fase de pressão social e a de perturbações emocionais. A segunda etapa é de *reorganização* do período precedente à morte, em que o doente já suspendeu as funções familiares habituais e normalmente recebe cuidados de saúde em casa, ou no hospital. A família passa pela redistribuição de papéis e pela reorganização das memórias de quando era saudável. A terceira etapa é de *perda* e coincide com a eminência da morte, ou com a própria morte e separação. A família experimenta a perda e a solidão da separação. Segue-se o luto, em que pode surgir a culpabilidade ou a reativação de lutos anteriores. A quarta etapa é de *restabelecimento e de adaptação* da família após ter concluído o luto com sucesso e com reajuste da rede social. Este modelo não engloba todas as formas de resposta, nem assegura uma visão estereotipada da evolução familiar. Não há uma reação padrão, e todas as reações baseadas em fatores psicossociais, podem ser consideradas normais e adaptativas, desde que não sejam demasiado intensas ou permanentes.

Outros autores resumem o processo adaptativo das famílias com um membro portador de uma doença terminal de modo diferente. Hanson (2005) considera que estas passam por três fases: a *preparatória*, a *intermédia* e a de *aceitação*. Na fase *preparatória* as famílias sentem medo e negação, podendo recusar-se a aceitar a perspetiva da morte. Alguns membros decidem omitir a informação aos que consideram mais vulneráveis e no início a família pode estar desorganizada. Na fase *intermédia* a família começa a organizar-se e a conviver com a realidade da doença ser fatal, adapta-se às tarefas do cuidar, torna-se mais organizada de modo a assumir novos papéis. Na fase de *aceitação* a família percebe a morte eminente e conclui o processo de despedida.

Apesar de cada familiar ter processos adaptativos diferentes Novellas (1996) refere algumas atitudes típicas da família da fase de preparação para o luto: A *negação* surge como um mecanismo de defesa perante o medo de enfrentar a realidade. A *conspiração do silêncio* em que se evita falar sobre a doença, privando o familiar de ser informado e reduzem a possibilidade de manifestar a sua labilidade emocional. A *superproteção* em que tratam o doente como uma criança, subestimam as suas capacidades, esta atitude pode dever-se à ansiedade, ou a sentimentos de culpa. O *excesso de realismo* em que se vive esta fase com um desapego, consideram que nada vale a pena ser feito, talvez devido ao cansaço, ou ao sentimento de incapacidade. O *isolamento social* em que se procura manter as relações sociais mais distantes, devido ao medo de informação



fornecida por pessoas externas à família.

As famílias na opinião de Kübler-Ross (2002) passam pelas mesmas fases do processo de morrer que os doentes: negação, ira, negociação, depressão e aceitação, mas estas não ocorrem necessariamente de modo idêntico em todos os membros nem em simultâneo com o doente. A família “quando enfrenta a doença, e em particular se esta tem mau prognóstico, passa por sentimentos de ansiedade, stress, angustia, devido à ameaça sentida, ao desconhecimento da evolução da situação e das necessidades de mudança” (Augusto, Rodrigues, Rodrigues, Rodrigues, Oliveira et al, 2002, p. 42).

Estudos sobre os sentimentos das famílias face ao aparecimento da doença, levam a que vários autores se debrucem sobre o tema. Nas pesquisas de Bonilla (1989, p. 32) refere-se a ansiedade familiar, caracterizando-a de três modos: a *confusional*, a *paranoide* e a *depressiva*. A ansiedade *confusional*, surge com a ameaça de desintegração, por não entender o que se passa dentro e fora da pessoa, estar baralhada, não encontrar reação ou resposta adequada, por se perder no caos. A família sente-se insegura, alarmada, receia que aconteça o pior. Na ansiedade *paranoide* a família tem atitudes agressivas, defensivas, ou de desconfiança, identifica como potenciais inimigos, os que rodeiam a situação de doença, como o pessoal de saúde. A ansiedade *depressiva* é o medo da desintegração por perda, por falta de forças, ou de interesse na vida. A doença é considerada como uma perda na homeostasia familiar que impede restabelecer a harmonia perdida. Geralmente é acompanhada de atitudes de superproteção e de sentimentos de culpa. O doente é o centro de atenção da família, e chegam a competir com os enfermeiros na prestação de cuidados.

No processo de elaboração do luto, os familiares ao adaptarem-se à perda fazem-no por etapas. Worden (1998) refere-se que a primeira tarefa do luto consiste em aceitar a realidade da perda. A participação nos rituais ajuda as pessoas a organizarem-se no sentido de tomar consciência e aceitar o desaparecimento. A segunda etapa é o experimentar a dor da perda, sentindo-a, sem a negar. A terceira é a adaptação ao meio em que a pessoa faleceu, com a mobilização de capacidades não exploradas anteriormente, e por fim a capacidade da pessoa em reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu, isto é, encontrar na sua vida emocional um lugar adequado para o familiar falecido.

A variação e duração do luto familiar depende de cada família, e cada autor considera diferentes etapas neste percurso. A Teoria Integrativa do Processo de Luto de Sanders

(1999) considera que o processo de luto tem cinco fases: 1) choque; 2) consciência da perda; 3) conservação-retirada; 4) cura e 5) renovação. Lopes e Pereira (2002) sintetizam o processo de luto em quatro fases. A primeira é de *entorpecimento* em que a pessoa sente-se como se estivesse desligada da realidade, atordoada, desamparada e perdida. Podem estar associados a estes, sintomas somáticos, como rigidez na coluna, respiração suspirante e sensação de vazio no estômago. Normalmente segue-se a *fase de anseio e protesto* caracterizada por emoções fortes, sofrimento psicológico, e agitação psicomotora. Surgem crises de dor e de choro, acompanhados de sentimentos de raiva para consigo, ou raiva pelos cuidadores, ou esses sentimentos podem ainda ser dirigidos ao morto pelo abandono provocado. É frequente nesta fase haver momentos em que parece que sente que a presença do morto está próxima. Na *fase de desespero* o enlutado, após algum tempo, reconhece a inevitabilidade da perda. Instala-se um quadro de apatia e depressão. As perturbações somáticas podem levar a perda de peso, anorexia, insónia e alterações gastro intestinais. Por fim na *fase de recuperação e reconstituição* a depressão e a falta de esperança começam a diminuir. Aceitam-se as mudanças, quer em si, quer na situação. Progressivamente retorna a independência e a iniciativa. Apesar da instabilidade nas relações sociais o enlutado começa a fazer novas amizades ou a reatar as antigas.

Nem todos os processos de luto são elaborados no sentido da reconstrução do enlutado, Sanders (1999) identificou sete características de percursos de luto complicado: 1) o luto ausente; 2) o luto atrasado (em que não há demonstrações de pesar durante várias semanas, podendo a dor não resolvida emergir mais tarde com reações não esperadas); 3) o luto inibido; 4) o luto distorcido; 5) o luto conflituoso (surge por perda de uma relação perturbada e ambivalente; surge um emaranhado de emoções que vão do alívio, à culpa e remorsos por saber que a relação nunca foi boa e não há oportunidade para a melhorar); 6) o luto inesperado e 7) o luto crónico (a resposta inicial é apropriada, mas a intensidade das reações continuam sem diminuir).

O luto pode ser perpetivado de acordo com Walsh e McGoldrick (1998) sob dois processos, como um processo intrapsíquico do self, o qual envolve geralmente alguma negação da morte, por outro lado como um sistema fechado de relações em que a pessoa não comunica os pensamentos que tem, para não incomodar a família ou os outros. As autoras chamam a atenção dos profissionais para os bloqueios no processo de elaboração do luto em que os relacionamentos tornam-se rígidos, a família isola-se, o tempo pára, os sentimentos são bloqueados, por diversas formas de negação e a fuga

pode orientar-se para atividades frenéticas, consumo de aditivos, fantasias e mitos. Os enfermeiros podem ajudar as famílias a elaborarem o luto, prevenindo os lutos complicados, escutando as famílias, compreendendo os sintomas e reações e informando que é natural passarem por fases de adaptação, que podem ter de abordar questões complexas em cada fase da doença (Hanson, 2005). O quadro traçado é o típico de uma sociedade que passa pelo ritual do luto, mas como refere Caputo (2008) a partir da segunda metade do século XX, o modo de viver a morte, as perdas e o luto vai se alterando na cultura ocidental, pelo que não há um único processo de luto, sendo necessário os enfermeiros estarem atentos às diferentes formas de o expressar.

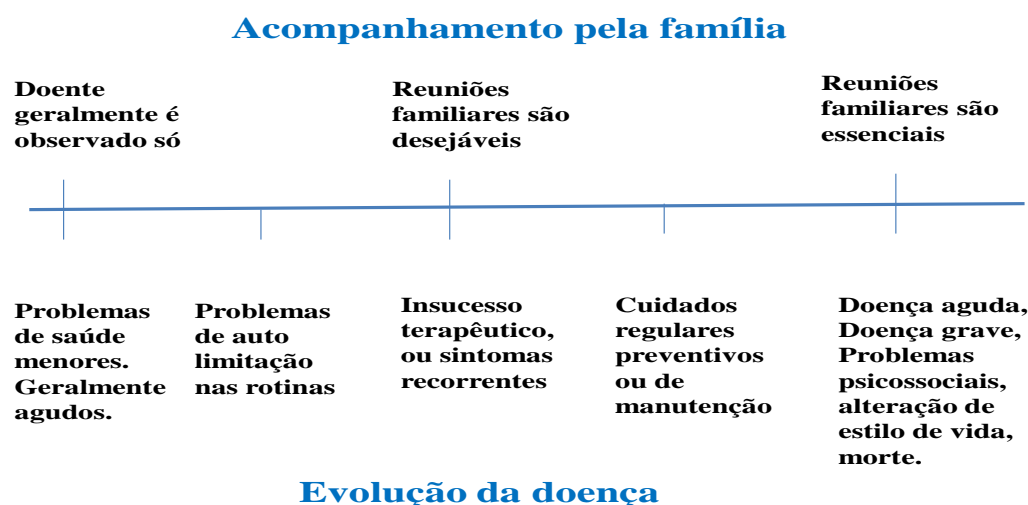
### **A morte no desempenho profissional**

A morte vivida num contexto profissional é uma situação que gera sentimentos de tristeza, mas na opinião de Pacheco (2006) os enfermeiros geralmente conseguem, conviver melhor com uma situação de morte de uma pessoa idosa, não só porque eles próprios a aceitam melhor, mas também porque os familiares estão normalmente mais preparados para viver aquele processo.

De um modo geral, podemos dizer que a morte é inesperada nos jovens e, pelo contrário, previsível e sentida como natural nas pessoas idosas, sendo estatisticamente mais frequente em pessoas de idade avançada do que nas mais novas. Este facto tem vindo a acentuar-se com as novas descobertas da medicina e a organização dos cuidados de saúde. Como refere Biscaia, (1996, p. 47) “Se nos pode aparecer como companheira inevitável da idade adulta ou da velhice, quando a morte interrompe a vida no seu começo é o grande absurdo, porque surge num momento a que desde sempre esteve reservado um futuro terreno”.

O acompanhamento da pessoa em fim de vida pressupõe o envolvimento da família, ou dos cuidadores informais. Doherty (1985) sintetiza na figura 5 alguma orientação para ajudar a enfermagem a envolvê-la neste percurso cuidativo.

Figura 6. Processo de envolvimento da família nos cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de Doherty (1985).

Neste esquema a autora apresenta um processo contínuo, com duas faces, na parte superior descreve a interação com o doente e progressivamente com a família. Na parte inferior caracteriza o percurso da evolução das doenças, desde os problemas de saúde ligeiros, aos mais graves. A vantagem deste esquema é ajudar o enfermeiro a tomar decisões sobre o tipo de envolvimento familiar em diferentes situações.

Para orientar a intervenção dos profissionais na conferência familiar pode adotar-se o protocolo de SPIKES, sintetizado no quadro 2, constituído por seis passos, que promovem uma comunicação assertiva, particularmente na transmissão de más notícias (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa & Caprara, 2011).

Quadro 2. Protocolo de SPIKES.

S	Setting Up	Preparação do encontro (local)
P	Perception	Perceção da informação (identificar a informação que o sistema familiar tem sobre a doença e o prognóstico).
I	Invitation	O que querem saber (explorar as expectativas e esperanças)
K	Knowledge	Transmissão da informação (facultar as más notícias gradualmente, validando a compreensão da mensagem transmitida)

E	Emotions	Responder às emoções (compreensão empática das reações demonstradas, validar o esforço e trabalho da família e reforçar à expressão das preocupações e sentimentos)
S	Strategy and Summary	Planear o acompanhamento (planear o acompanhamento e marcação de conferências, clarificar dúvidas, ajudar na resolução dos problemas e mobilizar os recursos familiares existentes)

Fonte: Adaptado de Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa & Caprara, (2011, p. 53).

Nos últimos anos a literatura tem-se focado mais na valorização dos aspetos subjetivos do doente, na sua relação com a morte e o morrer; contudo, a perceção que este elabora das vivências da morte e do morrer ainda estão pouco investigadas. Além disso, os estudos que procuram identificar as necessidades especiais da pessoa em fim de vida têm mostrado peculiaridades importantes relativas a cada estágio de desenvolvimento. Essas investigações, via de regra, elegem um determinado período evolutivo (criança, adolescente, adulto, idoso) e concentram-se nas suas especificidades, sem se preocupar em comparar os diferentes estádios da pessoa.

De uma forma geral a pessoa não tende a encarar abertamente o seu fim de vida na Terra; “só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade da sua própria morte. Uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença” (Moraes, 2002, p. 57).

Cada indivíduo vê a morte e atribui-lhe um sentido dependendo da etapa em que se encontre no processo de desenvolvimento vital. Esta visão depende também da sua história de vida, das vivências e aprendizagens, da sua condição física, psicológica, social, cultural e espiritual. Em qualquer fase do desenvolvimento humano a ideia da morte está presente e tem uma representação característica, trazendo um entrelaçamento entre todos os aspetos presentes no decorrer da própria vida (Borges, Silva, Toniollo, Mazer, Valle & Santos, 2006).

## 2.2. EDUCAÇÃO PARA A MORTE

*“Assistir à morte em paz de um ser humano  
faz-nos recordar uma estrela cadente,  
uma de milhões de luzes que brilha durante um curto instante  
para se extinguir para sempre na noite sem fim.”*  
(Kübler-Ross, 2002)

A morte, seja simbólica ou física, está presente na vida de todos nas diferentes fases de desenvolvimento. Como refere Novo (2000) diversas perspetivas sobre a morte vão sendo construídas num processo contínuo, que começa na infância e é desenvolvido ao longo de toda a vida, mas apesar de desde cedo contactarmos com a morte e com as perdas, tendemos por vezes a escamotear o fenómeno.

A visão relacionada com o acto de morrer tem-se modificado com o decorrer do processo de transformação das sociedades, e está diretamente ligado ao estágio de desenvolvimento dessa sociedade, assim como as suas especificidades, valores, rituais e cultura, pelo que cada sociedade expressa os seus comportamentos, hábitos, crenças e atitudes, que oferecem aos indivíduos uma orientação de como devem comportar-se e o que devem, ou não, fazer, refletindo a cultura própria de cada região e, também, diferenciando-a de outros.

Verifica-se que na atual estrutura social a morte não faz parte do universo das crianças, dos adolescentes, ou dos jovens. Normalmente os estudantes chegam aos cursos na área da saúde sem que tal tenha sido ventilado na formação prévia. A morte na opinião de Santos (2009a) não é abordada na escolaridade obrigatória, por falta de formação dos educadores e professores. Há uma massificação do ensino. “Os alunos são ensinados a não pensar e a adquirir um conhecimento fugaz, sem qualquer questionamento sobre o significado da vida e da morte” (Santos, 2009a, p. 23). Assiste-se a um evitamento da formação nesta temática. Se observarmos os filósofos clássicos como Platão, Comenius, Rousseau, Pestalozzi não são geralmente ensinados e todos abordam a questão da morte e do morrer. Ao rever os clássicos como Sócrates e Platão verifica-se que há uma postura de defesa da independência da alma em relação ao corpo e admitem a possibilidade de retorno da alma a um novo corpo físico, posição muito próxima de algumas filosofias e religiões orientais, mas a tendência atual é para abordar Epicuro, Schopenhauer, Heidegger, Sartre e os pós modernos alemães e franceses.

A morte sempre foi objeto de estudo da filosofia, desde a Grécia antiga até aos filósofos pós modernos. Podemos sintetizar as duas principais correntes da filosofia nesta matéria: A perspectiva da *transcendência* e a perspectiva do *nada*. A escola *transcendental* divide-se em várias visões influenciadas pela teologia, ou pela crença do filósofo e recentemente procurando fazer a ponte com dados empíricos da ciência. As perspectivas *nadificantes* estão também subdivididas entre a posição materialista da ciência e pela perspectiva do filósofo. Não sendo habitual na opinião de Santos (2009a) discutir a morte sob diferentes perspectivas, mas analisarem sob um único prisma, o que é empobrecedor e não facilita a tomada de posição, mas uma doutrinação ideológica de acordo com o que o pensador, ou os seus seguidores consideram.

Atualmente há, na opinião de Santos (2009a), a predominância de pensadores nadificantes e a exclusão de tudo o que se refere à metafísica. É necessário rever a educação para a morte na sociedade contemporânea, tendo em conta a interdisciplinaridade e a complexidade dos fenómenos, como refere Scolnicov (2006) pensar na educação é ter em conta a complexidade, o que exclui soluções simples. Os educadores devem ter preparação e disposição para trilhar o difícil caminho do pensamento.

No caso da morte, em cada tempo e cultura existe um significado que lhe é atribuído. Inicialmente, esse significado é externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo. Como referem Combinato e Queiróz (2006), o significado externo adquire um sentido pessoal, ou seja, os conteúdos externos presentes na realidade objetiva, têm significados construídos socialmente por outras gerações. Através da atividade e das relações sociais que se estabelece com o meio, o indivíduo internaliza esses conteúdos e significados a partir da sua experiência e história de apropriações (ou seja da sua subjetividade).

Deste modo, o conteúdo que tinha um significado externo passa por uma mediação psíquica e adquire um sentido pessoal, singular, único para cada pessoa. Ao refletir sobre a dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com o doente terminal de forma holística, devemos analisar essa dificuldade no seu processo de construção, na sua historicidade e na sua essência; processo esse que vai além de uma experiência imediata e da sua história pessoal. O sentido adquirido sobre a morte e a maneira como o profissional da saúde interage com o doente no processo de terminalidade não é algo

natural.

A este propósito Vygotski (1996), alerta para o problema do *comportamento fossilizado* (p. 105) e defende “a necessidade de analisarmos os fenómenos psicológicos além das características perceptíveis e da experiência imediata”. É preciso, entender o sentido e o fazer do profissional a partir do significado de morte atribuído pela cultura, assim como a influência dessa cultura na formação dos seus profissionais de saúde.

A educação e a formação para a morte é mediada, entre outras, pelas variáveis socioculturais e espirituais de cada sociedade. Importa clarificar os dois conceitos “educar” e “formar”. A educação é relativa a certos períodos de vida em que frequentamos instituições escolares, fazemos formação profissional, ou formação contínua; enquanto a formação diz respeito a um processo de aquisições que acompanha a pessoa para toda a vida. De acordo com Josso (2008, p. 116) a educação é exclusivamente a “ação de uma sociedade pelas diferentes instituições que essa sociedade cria, através das instâncias políticas, dos governos, para assegurar a transmissão de conhecimentos, valores, dos saber-fazer, que vão assegurar a integração na vida social, cultural e política das novas gerações”. Por outro lado a autora considera que para se formar as pessoas têm de estar acompanhadas por profissionais atentos, capazes de ajuda-las nos seus percursos formativos enquanto aprendentes. “A formação do ponto de vista da pessoa, depende fundamentalmente das características sociais, culturais, psicológicas, do aprendente, e da sua história familiar e pessoal” (p. 117).

Na cultura ocidental, paralela à mecanicização da morte, há a interdição linguística do tema, uma vez que o termo ‘morrer’ foi banido do vocabulário médico e negado ao moribundo o direito de gerir a própria morte. A prática de não falar sobre o assunto impede-o de fazer escolhas conscientes e esclarecidas, o que não só se tornou universal, como se reveste de falsos valores altruístas e humanistas. Em consequência, a morte tornou-se algo selvagem e sem controlo. Ariès, (1989, p. 25) salienta que as pessoas “apavoram-se simplesmente com ouvir o nome: morte! A maioria procura não pensar nela”. Desde os romanos que as palavras morte e morrer foram substituídas por perífrases, como ‘parou de viver’; ‘viveu’; ‘se foi’; ‘faleceu’ (Gurgel, 2007).

Como inverter esta tendência social e capacitar os cidadãos para compreender a morte como um acontecimento de vida para o qual temos que nos preparar?

Kovacs (2009) considera que é necessária a ampliação do escopo da educação para a



morte numa sociedade na qual se convive simultaneamente com a morte interdita do convívio social e familiar, e por outro lado, aparece escancarada nos noticiários e nos media. Para conseguir reverter a tendência atual a autora (p. 48-49) sugere algumas propostas, como: criar e divulgar a disciplina de psicologia da morte a lecionar nas universidades e que poderia ser uma oferta formativa, não só para os profissionais de saúde como para os educadores, e outro público interessado como o caso das universidades da 3ª idade; propor treino aos docentes para lidarem na escola com crianças e jovens que sofreram perdas significativas; ajudar os professores a integrar as crianças doentes em atividades pedagógicas e recreativas; treinar os docentes para usar e comentar filmes educativos sobre a morte; propor e organizar bibliografia para subsidiar a formação de professores ou de público-alvo com manifesto interesse no tema.

Como o tema da morte é tabu e a sua abordagem interdita, seria adequado oferecer palestras, workshops, ou outras atividades que proponham a informação e discussão do tema e favoreçam reflexões sobre conceitos, teorias e vivências de modo a estimular o contacto com os próprios sentimentos, com o mundo interno e a discussão sobre a morte, as perdas e o luto, no quotidiano.

Por outro lado as instituições de saúde, hospitais e ACES, podem trabalhar com doentes e familiares no sentido de os capacitar para esta etapa de vida, fazendo formação aos interessados. As instituições devem ajudar a formar os profissionais que aí trabalham, desenvolvendo projetos de cuidados aos cuidadores profissionais. Para que tal seja adequado devem identificar as necessidades formativas, das diferentes equipas, promover intervenções e avaliar a sua influência e repercussão na equipa Kovács (2009).

Não se pode perpetuar com a morte escondida considerada como um momento de fragilidade e vergonha que deve ser silenciada para não incomodar ninguém.

O agravante é que os profissionais de saúde, e particularmente os profissionais de enfermagem, não estão preparados para lidar com as questões relacionadas com a morte e o processo de morrer. Este tende a ser considerado um assunto de menor importância nas instituições de saúde, pois a imagem do hospital é vinculada a um local de cura, e todos os utentes têm a esperança de sair de lá curados. (Gutierrez & Ciampone, 2007, p. 661)

Os enfermeiros enquanto cidadãos proveem de uma cultura em que a morte é tabu e têm que aprender a lidar com o fenómeno no percurso da sua profissionalização, pois enfrentar a morte a todo momento é uma das missões de quem para trabalha na área da

saúde, devido ao avanço da ciência, das técnicas cirúrgicas, e das tecnologias que permitem o prolongamento da vida de doentes terminais (Silva & Ruiz, 2003).

A morte tornou-se uma realidade na vida quotidiana dos profissionais de saúde que a percebem muitas vezes como uma ameaça sombria que colide com os seus saberes e competências. A morte passou a assustar, a causar pânico, a ser negada também pelos profissionais, que a interpretam como opositora às suas competências e ao seu propósito de salvar vidas (Foucault, 1980).

A morte passou para o hospital, institucionalizou-se negando o seu lugar como uma ação coletiva e social. Como referem Silva e Ruiz (2003) escondeu-se o medo, o pavor, o morto e a doença incurável. A morte escondida veio aliviar a vida exterior ao hospital; por outro lado deu oportunidade aos profissionais de lidar com ela como parte do seu quotidiano, mesmo sendo aceite com restrições, gerando angústias, ansiedade, negação e colidindo com o papel do hospital que é a recuperação da pessoa para que volte à sociedade produzindo. Negar e banalizar a morte é uma saída efémera dos profissionais de saúde, fazendo-os agir isentos de envolvimento emocional. Essa estratégia errónea confronta-os com as falhas das suas defesas, perpetuando a angústia não expressa (Martins, Alves e Godey, 1999).

É explicável, em algumas instâncias, o facto de estudantes e profissionais se sentirem impotentes diante da perda de um utente que foi assistido ou reanimado. Esse fracasso não se traduz só como um insucesso nos cuidados empreendidos, mas como uma derrota diante da morte e da missão implícita das profissões de saúde, que é salvar o indivíduo, minimizar a dor e o sofrimento, trazê-lo de volta à vida. Esta interpretação remete-nos, na opinião de Silva e Ruiz (2003), para a questão da preparação académica dos profissionais, que algumas vezes, está orientada para dar resposta ao mercado capitalista e absorvedor de uma mão-de-obra não pensante.

O enfermeiro também é finito, como qualquer outro ser humano, e pode passar por profundos dilemas existenciais quando enfrenta no seu trabalho a vivência da morte. Na maioria das vezes, esse profissional, ainda como estudante, não foi estimulado ou preparado para refletir sobre a morte e o morrer, “(...) podendo ser surpreendido pelo pesar, e não oferecer uma assistência de qualidade, por não conseguir assistir a pessoa que está morrendo e/ou sua família, em razão da morte se configurar como momento de grande sofrimento e fracasso da ação principal em manter a vida” (Carvalho, Oliveira, Portela, Silva, Oliveira & Camargo, 2006, p. 4).

Esta premissa apela à necessidade dos enfermeiros possuírem uma preparação especial, não apenas nas questões teórico-científico, uma vez que, além dos aspetos técnicos, das habilidades e dos conhecimentos, existem também os aspetos relacionais do cuidar, que não podem ser improvisados. Aliviar o sofrimento, ou ajudar uma pessoa a morrer, é um dos ofícios mais difíceis. Não poder curar não significa fracasso, mas sim, um reconhecimento dos próprios limites da técnica. O enfermeiro necessita saber lidar saudavelmente com os inevitáveis problemas relacionados com a última fase da vida, salienta Medeiros (2006).

O profissional deve ver o doente como pessoa e sujeito da sua própria vontade, com direito a uma morte digna (Bernieri & Hider, 2006), pelo que adquirir competências para lidar com a morte nas instituições de saúde passa por entender um leque de aspetos psicológicos, filosóficos, sociológicos, existenciais, políticos e económicos. Muitos dramas são vislumbrados na prática do cuidar e a tendência é o afastamento, conscientemente ou não, daquele que está ansioso (seja o doente, ou alguém da sua família) quanto é cuidado.

O saber médico, que ainda prevalece sobre outros saberes está imbuído da hegemonia do cientificismo, da afinidade com a tecnocracia, de uma ótica que contribui para o reducionismo do significado da morte. Como refere Foucault (1980), temos que pensar no saber médico como um modo de produção de verdades. Uma das verdades produzidas diz respeito à dessacralização da morte e do morrer, o que implica que este saber médico ao tentar regular estes processos retira daqueles que deles participam diretamente (os moribundos) a capacidade de conduzir e/ou intervir na própria experiência.

Analisando os indicadores de mortalidade verifica-se nas últimas décadas que as pessoas morrem mais nos hospitais e nas instituições do que em casa, e nenhum outro profissional da saúde convive tão de perto e tão frequentemente com a morte como o enfermeiro, pois é ele quem passa a maior parte do tempo com a pessoa nas situações de internamento (Carvalho & Carvalho, 2006).

A European Association of Palliative Care (2004) considera que a formação em cuidados paliativos é imperativa para cuidar dos doentes e famílias nesta fase de vida. Esta formação não deve ser remetida apenas para um nível pós-graduado, mas antes ser vista em diferentes níveis, consoante as necessidades dos enfermeiros.

*No primeiro nível - Formação básica (de 18-45h).* Inclui 2 tipos: a pré-graduada destinada aos estudantes de enfermagem e a pós graduada, para os enfermeiros que possam prestar cuidados em contextos não diferenciados, mas que necessitem de cuidar pessoas em fim de vida.

*No segundo nível - Formação avançada (de 90-180h).* É uma formação pós graduada destinada a profissionais que cuidam habitualmente doentes em cuidados paliativos, ou em contextos não diferenciados, mas onde são os profissionais de referência.

*No terceiro nível - Formação especializada (superior a 280h).* É uma formação pós graduada, que deve incluir estágio, destina-se a enfermeiros que são responsáveis por unidades de cuidados paliativos, ou de formação nesta área.

As escolas de enfermagem devem preparar e apoiar estudantes e profissionais, para que eles possam ser capazes de lidar com seus próprios sentimentos e usá-los de modo deliberado e humanamente, oferecendo uma assistência de enfermagem qualificada, dando suporte emocional para quem necessita, deixando de lado assuntos que provavelmente seriam abordados como crenças religiosas e preconceitos sobre a morte.

Face a estes pressupostos surge a necessidade de saber como perspectiva o estudante de enfermagem o processo de morrer? Que significado tem para ele a morte? Que representação tem do fenómeno? Está preparado para enfrentar a morte de quem cuidou? Sente-se capaz de ajudar a família a lidar com a situação? A formação capacita-o para enfrentar profissionalmente essa situação?

Estas e outras questões que venham surgindo devem ser equacionadas, porque a morte é uma realidade que o enfermeiro irá vivenciar.

De modo a garantir a qualidade da assistência prestada pela equipa de enfermagem ao indivíduo e à sua família, é desejável que se faça investigação sobre a atuação profissional nas situações de fim de vida. Com isso, as escolas de enfermagem, e as instituições poderão refletir sobre os modelos de ensino/aprendizagem de modo a oferecer ao mercado de trabalho profissionais capazes de prestar cuidados de qualidade.

## 2.3. EVOLUÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,  
sem aprender a fazer o caminho caminhando,  
refazendo e retocando o sonho  
pelo qual se pôs a caminhar.”*  
(Freire, Paulo, 1990)

Enfermagem é um termo que designa tanto uma disciplina como uma profissão e ambas vêm ao longo do seu desenvolvimento e percurso histórico a sofrer várias influências. Desde Florence Nightingale (1820-1910) que se tem vindo a realizar esforços para que a enfermagem se desenvolva como profissão e como disciplina, ou seja, que tenha um corpo de conhecimentos organizado e capaz de dar sustentação à prática, ao ensino e à pesquisa, refere Alligood (2006). Um dos caminhos para esta concretização tem sido a construção de teorias, principalmente durante o século passado e no decurso do atual, sempre em interlocução com outras disciplinas e áreas de saber. As técnicas de enfermagem, os princípios científicos e as conceções teóricas de enfermagem representam quase todo o saber da profissão que foram evoluindo e integrando a disciplina de enfermagem.

Sem nos determos nos primórdios da profissão, iremos centrar-nos na evolução da conceção da enfermagem enquanto ciência e arte do cuidar na última metade do século XX e no modo como se processou a evolução do ensino em Portugal, posteriormente, abordamos os paradigmas do cuidar, e a necessidade de formar para os valores da profissão e para as mudanças que ocorreram na formação e na praxis.

### **Influência das conceções de enfermagem internacionais**

A primeira expressão de saber em enfermagem até à década de 40 do século XX foram as técnicas de enfermagem, sendo este o principal conhecimento veiculado no ensino da disciplina, como refere Almeida e Rocha (1989) ensinavam-se procedimentos sem enfatizar a sua origem, ou ancoragem científica.

Na primeira metade do século XX a enfermagem não tinha um corpo de saberes autónomo, mas era construído a partir do saber de outras áreas, o que não satisfazia a profissão que almejava construir um corpo de saberes específico e tornar-se ciência.

Nos anos 50 nos Estados Unidos da América (EUA) surgiu uma nova expressão do saber em enfermagem com a introdução e organização de princípios científicos que orientavam para a prática. Foi uma época de viragem no ensino de enfermagem, que era baseado em conhecimentos empíricos. Procurou-se nas ciências biomédicas e naturais o fundamento para a prática. “Até aos anos 60 o saber em enfermagem não estava centrado no cuidar da pessoa, mas primeiro na maneira de ser executada a tarefa e depois no porquê da sua execução” (Bento, 1997, p. 44).

A construção de modelos conceituais elaborados por diferentes teóricas de enfermagem vão servir de guia, orientar a prática, a formação e a investigação. A construção de um corpo teórico permite aos enfermeiros explicar o que fazem e porque fazem, sendo nesta conjugação de esforços para tornar a enfermagem uma ciência que surgem várias escolas organizadas em torno de diferentes concepções do que é a enfermagem; do que fazem os enfermeiros e porque fazem aquilo que fazem. Kérouac, Pepin, Ducarme, Duquette e Major (1996) identificam, entre outras, as seis principais escolas que no último meio século influenciaram decisivamente a enfermagem: a escola das necessidades, a escola da interação, a escola dos resultados, a escola do ser humano unitário e a escola do caring (do cuidar).

O conhecimento teórico em enfermagem engloba um modo de fazer, ou sugere metodologias que viabilizem a operacionalização dessas teorias, em diferentes contextos e cenários de investigação, de ensino ou de prestação de cuidados, com forte vinculação a este último, já que, no processo de cuidar em enfermagem, teoria e prática devem retroalimentar-se, sendo este um dos fatores que permite, a possibilidade de refutação, ou de continuação da aceitabilidade das teorias (Chinn & Kramer, 1995).

O trabalho desenvolvido pelas teóricas de enfermagem permitiu que o saber evoluísse, como refere Bento (1997, p. 56) “no sentido de desenvolver um quadro conceitual, uma estrutura da prática, que lhe seja próprio, singular e distinto dos demais, isto é, de explicitar qual a essência dos cuidados de enfermagem, qual a função social específica e autónoma da enfermagem”.

### **Ensino da enfermagem em Portugal**

A enfermagem portuguesa tem vindo a ser influenciada pelas diferentes escolas de concepção de cuidados de enfermagem internacionais. Os enfermeiros portugueses são

oriundos de diferentes planos de estudos, de diferentes escolas do país, ou estrangeiras e frequentaram diferentes formações ao longo da vida, na área da enfermagem, ou noutras áreas científicas, das quais aportam conhecimento para a enfermagem, nomeadamente a psicologia, a sociologia, as ciências da educação, a ética, a filosofia, a medicina e a gestão.

Pela análise retrospectiva da formação dos enfermeiros em Portugal, verificamos que o ensino de enfermagem sofreu várias alterações, sobretudo a partir dos anos 70, coexistindo na prática diferentes profissionais com formação básica e pós graduada muito diversa.

O ensino formal de enfermagem nasceu em 1881, com o primeiro curso a funcionar nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). A formação estava muito ligada ao contexto de trabalho hospitalar e dependente da vontade dos médicos (Nunes, 2003).

Os requisitos de admissão aos cursos alteraram-se ao longo do tempo assim como a duração dos mesmos. Inicialmente os planos de estudo revelavam uma orientação *hospitalocentrica*, focados no doente hospitalar e a ênfase era dada à patologia. As disciplinas estavam condicionadas às técnicas de enfermagem e as escolas, consoante a dependência ministerial, assim definiam a sua tendência e o seu plano curricular.

Em 1965 há uma reestruturação do ensino de enfermagem com a publicação do Decreto-Lei 46/ 448 de 20 de Julho em que este passa a estar sob a alçada dos enfermeiros. Decorrem três níveis de formação: o Curso de Enfermagem Geral, o Curso de Enfermagem Complementar e aumenta a duração do Curso de Auxiliar de Enfermagem, criado em 1947 e extinto em 1974 (Carvalho, 2007).

Na década seguinte, foi criado pelo despacho em 09 de Agosto de 1976 o plano de estudos comum aos vários estudantes, designado pelo '*Livro Verde*', com a finalidade de dar formação aos enfermeiros, com maior ênfase na saúde e nas ciências humanas, passando a valorizar-se os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e não só na doença. Desta forma, preconizava-se que o ensino da Enfermagem fosse orientado para a prestação de cuidados e não apenas para a execução de tarefas, de forma isolada (Nunes, 2003). Este plano curricular influenciado pelo relatório de Lalonde (1974), Ministro da Saúde Canadiano, foi inspirado no paradigma salutogénico e fez a ponte entre o modelo médico e o modelo social de saúde. Baseava-se na lógica das teorias multicausais de saúde, considerava a saúde influenciada, para além dos fatores

biológicos, pelos fatores políticos, económicos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais.

Volvida uma década após a implementação e avaliação do plano de estudos do '*Livro verde*' em 1977, com base na Diretiva Europeia nº 77/453/CEE, relativa ao ensino de enfermagem, procedeu-se a uma revisão curricular. São tidos em consideração alguns princípios, objetivos e orientações metodológicas idênticos aos do ensino superior que facilitasse a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional. Em 1985 foram aprovados os princípios orientadores da referida integração, e em 1987 foi promulgado o plano de estudos do Curso de Enfermagem Geral, designado por '*livro branco*', com a duração de três anos letivos, seis semestres e cerca de 4500 horas, passando os cursos a partir de 1988 a ser regidos por este plano, o que na opinião de D'Espiney (1996), denota o isolamento a que foi sujeita a formação inicial de enfermagem.

Decorrente do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro o ensino de enfermagem passa a estar integrado no ensino superior politécnico, com o plano de estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem aprovado pela Portaria nº 287/90 de 17 de Abril, com a duração de três anos letivos, seis semestres e 3300 horas.

A década de 90 foi importante para a afirmação do ensino de enfermagem, que passou a estar sob dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde, o que veio a alterar os critérios de admissão dos candidatos, sendo exigido os pré-requisitos para admissão ao curso, bem como a realização de provas gerais de acesso e a candidatura específica para o Curso Superior de Enfermagem. Em 1999 ocorreu outra reforma no Ensino de Enfermagem, com o Decreto-Lei nº 353 de 3 de Setembro. É criado o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) que passa a ter a duração de quatro anos letivos e oito semestres e cerca de 4600 horas de carga horária, conferindo o grau de licenciado aos seus detentores.

A obtenção do título de licenciado permite aos enfermeiros aceder a um vasto leque de formação pós-básica e prosseguir estudos para obtenção de cursos de especialização, mestrado e doutoramento. Há que proceder a reajustes formativos nos profissionais habilitados com o bacharelato no pressuposto de um único nível na formação dos enfermeiros criando as escolas cursos de transição de um ano.



A integração do ensino de enfermagem no ensino superior, que em Portugal, como refere Simão, Santos e Costa (2002) tem um sistema dual, o universitário e o politécnico, estando o ensino de enfermagem, integrada no segundo. Prolifera a individualização de cursos de pós-licenciaturas, de especialidades, de mestrados e de doutoramentos em Enfermagem. Surgem as diretivas do Processo de Bolonha que obriga à adequação e construção de novos Planos de Estudo do Curso de Enfermagem. Estes aspetos vão condicionar no futuro tanto a formação dos enfermeiros, quanto as práticas de todos os atores presentes no processo de cuidar em enfermagem e particularmente no cuidar em fim de vida.

Apesar das reorientações e das mudanças nos planos de estudos, os cursos de enfermagem têm uma grande componente de experiência clínica, havendo indicações da tutela acerca do valor mínimo exigido. Como afirma D'Espiney (1996), a formação em enfermagem teve sempre uma forte ligação ao contexto de trabalho e o paradigma centrado no cuidar a pessoa ao longo do ciclo vital. Parte da formação dos enfermeiros no curso de licenciatura é feita em ensinamentos clínicos sob supervisão clínica, que é um processo de aprendizagem acompanhado por pares, tendo por base o desenvolvimento pessoal e profissional. “A relação supervisiva é uma forma de proporcionar suporte e apoio ao supervisionado” (Abreu, 2011, p. 18).

### **Paradigmas do cuidar em enfermagem**

Sabemos que qualquer educador/formador na área da formação profissional possui, de forma consciente ou inconsciente, uma conceção da profissão para a qual prepara os iniciados, procurando formar profissionais com características que nela se possam enquadrar. Como refere Santos (2000b), no caso específico da profissão de enfermagem, existem dois grandes paradigmas, que determinam a forma de estar face à profissão: o *paradigma dominante*, focado no tratar, orientado para os cuidados curativos, que tem dominado, do ponto de vista profissional, a conceção de cuidados, sustentado pelo modelo da racionalidade no domínio das ciências naturais, paradigma do conhecimento científico, que configura os cuidados de reparação; o *paradigma emergente*, focado no cuidar, orientado para os cuidados de manutenção, que se contrapõe à conceção mecanicista da matéria. O conceito de ser humano emergindo dos conceitos de relatividade assente em conceções holísticas e humanísticas da pessoa

inserida em contextos de vida próprios, sendo os cuidados centrados no cliente (Collière, 1989).

A pessoa necessita essencialmente de dois tipos de cuidados: os prestados diariamente, com o principal objetivo de ajudar a manter a saúde, a vida, ou o conforto; e os prestados a todas as pessoas em situação de crise, ou limitação, especificamente com a finalidade de curar ou reabilitar. Deste modo Pacheco (2004), considera que há duas formas de intervenções em saúde: uma mais técnica e relacionada com o diagnóstico e tratamento da doença, o tratar; outra mais expressiva e preocupada com a pessoa de uma forma holística, o cuidar.

A prática de enfermagem centrada no paradigma do cuidar coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo no centro do conhecimento, privilegiando a interação como comunicação humana por excelência. Valoriza o conhecimento contextual, tendo como horizonte a totalidade universal, que se concretiza numa visão holística da pessoa (Pearson & Vaughan, 1992). Este paradigma rompe com os princípios em que se baseia o modelo biomédico. Altera o papel exclusivamente colaborativo do enfermeiro na luta contra a doença, porque remete o foco da intervenção para o cuidar da pessoa de modo a assegurar a vida, a saúde e o seu bem-estar, independentemente de viver numa situação de saúde ou de doença.

O modelo biomédico foi tradicionalmente a base do exercício de enfermagem no mundo ocidental nos últimos cem anos, existindo ainda muitas evidências desta herança, (Pearson & Vaughan, 1992). Os conhecimentos valorizados neste paradigma relacionam-se com a necessidade de compreender o homem-máquina, conhecer bem a anatomia e a fisiologia dos seus órgãos e sistemas de modo a identificar precocemente as disfunções e proceder à sua reparação. A ênfase é colocada nas tecnologias de reparação, procurando enquadrar-se o doente na rotina da realização das tarefas relacionadas com o diagnóstico médico. A pessoa doente é esquadrihada em quadrículas sem sentido, baseada em especializações e sub especializações do saber médico. As tecnologias utilizadas privilegiam o uso estereotipado de instrumentos de vigilância do doente, de execução de prescrições médicas e dos respetivos registos.

A enfermagem, enquanto ciência do cuidar, desenvolve práticas cuidativas que de acordo com a sua natureza e objetivos. Collière (2001, p. 182) classifica em diferentes tipologias: os de *estimulação*, centrados no despertar das capacidades fundamentais,

como o desenvolvimento sensorial e motor; os de *confortação*<sup>3</sup>, encorajam, permitem adquirir segurança física e afetiva necessárias para manter as capacidades existentes, ou latentes; os cuidados de *manutenção* de vida, são os que sustentam e mantêm as capacidades adquiridas e os cuidados de *parecer*, contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio.

A natureza dos cuidados a prestar depende da necessidade do cliente. Mas todos são vitais para ajudar as pessoas nos processos de transição ao longo da vida. A autora considera que estes cuidados não podem ser considerados paliativos. “Os cuidados não têm a função de substituir a impotência dos tratamentos médicos. A sua razão é de acompanhar, confortar, tudo o que permite existir. Haja tratamento, ou não, os cuidados de fim de vida são, da mesma maneira, vitalmente indispensáveis (Collière, 2001, p. 185).

A enfermagem continua em evolução, bem como as outras ciências, necessita de atualizar ideias e ideais, como salienta Watson (2002, p. 28), “à medida que a enfermagem progride, vai quebrando os laços da dependência com o tradicional modelo médico-científico e dedica-se a desenvolver a sua própria herança científica”.

São diversas as fontes de conhecimentos em enfermagem, Abreu (2007) apoiado nas opiniões de Parahoo (1997) e de Damásio (2007) refere quatro fontes de conhecimento: o *tradicional*, que dá um sentido de identidade; a *intuição* apoiada na experiência que é uma forma de saber e saber fazer não baseado no pensamento racional; a *experiência*, como vivência das situações quotidianas em que é necessário resolver problemas e a *investigação*, como forma sistemática de gerar conhecimento.

É cada vez mais pertinente questionar: como é que profissionais devem ser formados? O que obriga a uma coordenação entre o Sistema de Saúde e o Sistema de Educação, devendo o ensino funcionar articulado com a realidade. Queirós (2000), aborda a questão da articulação entre o ensino de modelos e teorias e a prática profissional, realçando a necessidade dos docentes de enfermagem refletirem sobre as formas de ensinar estes aspetos. Para compreender, analisar e avaliar determinado modelo, é necessário identificar os seus suportes filosóficos, sendo esta reflexão essencial para a construção de uma prática fundamentada cientificamente. A Enfermagem terá que ser

---

<sup>3</sup> Cuidados de *confortação* são uma expressão da tradução original do texto da autora (p. 182). Embora não haja o substantivo do verbo *confortar*, é esta a expressão mais adequada, segundo nota do tradutor. Assinalando que não é o mesmo que *reconfortar*.

capaz de responder a este desafio, desenvolvendo um corpo de conhecimentos e uma linguagem própria e a sua autonomia, sobretudo através da investigação aplicada em parceria com os contextos da prática de cuidados. A reflexão e a prática reflexiva parecem ser a direção certa, tanto para a prática de cuidados como para a educação em enfermagem, pois oferecem a possibilidade de desenvolver o corpo de conhecimentos próprio e permite uma maior articulação entre a teoria e a prática (Carvalho, 2007).

A enfermagem deve estar, na opinião de Watson (2002), mais preocupada com a procura de verdades ocultas, com o desenvolvimento de novos critérios, de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença, e em fazer novas descobertas sobre o modo de estar numa relação profissional de cuidar para servir a sociedade.

## 2.4. APRENDER A SER ENFERMEIRO

*Não obstante, uma outra necessidade assim, estranhamente,  
é a necessidade pela metafísica ela própria, ....  
O que sou eu? O que é a morte, e ainda mais estranho,  
o que é o nascimento? Um fim,?*  
Taylor, Richard (1974)

A escola originária na época da revolução industrial foi organizada tendo por base o modelo fabril, da linha de montagem industrial, com uma estrutura social hierarquizada, que pretendia reproduzir, sem revelar poderes, interesses ou intenções. O seu software era a memorização de informações, conteúdos segmentados, organizados em currículos especializados seriados e padronizados. O processo de ensino aprendizagem estava centrado no professor que neste cenário era o detentor do conhecimento, e que tinha enquanto funções e objetivos a transmissão de saberes prontos, desconectados com a vida significativa dos estudantes e baseada em modelos hierárquicos. Do estudante esperava-se um comportamento passivo e disciplinado, sem questionamento do sistema e da autoridade, sem vínculo entre teoria e prática. Este descomprometimento não proporcionava a autonomia intelectual, fragilizando a reflexão crítica, a criatividade e o questionamento. Quanto à linguagem era valorizada a textual e quanto ao raciocínio o lógico dedutivo. Este modelo atrofiava a criatividade e as emoções, acentuava um processo desumanizador.

Importa clarificar o que se entende por formação. Vários autores têm definido este conceito, que tem evoluído, podendo sintetizar-se em duas grandes correntes nas ciências da educação: na mais antiga, a escola desempenhava um papel de reprodução de uma estrutura social. A formação era entendida como um processo de aquisição de saberes que os professores deviam transmitir aos alunos, através da apropriação de técnicas adequadas a uma transmissão eficaz, mais centrada no ensino e pouco tinha em conta o processo de aprendizagem (Bermaum, 1993). Na década de 70 surgem alterações sociais e de pensamento que vão refutar esta ideia e preconizam que se pense na formação de outro modo. A escola passa a formar indivíduos para assumirem novos papéis sociais e os formandos adquirem formação que lhes permita ajustarem-se às transformações do mundo em que vivem. Está lançada a base para a dimensão pessoal da formação com relevância no papel do aprendente.

Vai surgindo outra forma de perspetivar a formação que passa a ser entendida pelo projeto que o próprio sujeito constrói, tendo este um papel central no processo, refere (Berbaum, 1993). Nesta segunda corrente, encontramos autores como Paulo Freire; Carl Rogers; Bernard Honoré e Gilles Ferry. A formação era entendida como um processo de desenvolvimento individual, em que o sujeito tende a adquirir e aperfeiçoar as suas capacidades, para Ferry (1983, p. 36) "ninguém se forma pelos seus próprios meios". O que também foi defendido em 1980 por Paulo Freire que referia, se ninguém educa o outro, mas também ninguém se educa só. Isto é um processo de apropriação dos sujeitos aprendentes, mas para o qual necessitam de ajuda.

Nesta corrente pedagógica a formação passa a pertencer aos que se formam, são estes que assumem o protagonismo do processo, sendo o professor um auxiliar nesse percurso. O formador "é um facilitador da realização do projeto de formação que o próprio formando constrói" (Berbaum, 1993, p. 87).

A educação tem tido, e continua a ter, dois grandes objetivos: promover a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento intelectual, por um lado e o desenvolvimento moral, por outro (Marques, 2006). Educar para os valores é um trabalho de todos os tempos, instituições, grupos e sociedades. A educação envolve sempre valores, mesmo que estes nem sempre sejam visíveis, sendo que não pode haver autêntica educação sem que os valores a suportem, a impregnem e a envolvam (Patrício, 1993).

Os valores mudam de sociedade para sociedade e modificam-se no decorrer da história, mas não é menos verdade que tal realidade representa, para os educadores, o enorme desafio de procurar e tentar encontrar o seu caminho no meio de uma realidade e de uma sociedade em mutação (Marques, 2006). Assim, esta autora coloca duas questões essenciais: Que valores deve a escola ensinar? De que modo os deve ensinar?

Em relação à primeira questão, a autora é de opinião que a heterogeneidade de valores que regem a sociedade contemporânea não impede que se possa encontrar um pequeno grupo de valores que constituem uma base ética comum como a justiça, o respeito pelo outro, a equidade, o respeito pela verdade e pela vida. O modo como deve ensinar os valores implica que os professores, enquanto agentes de mudança, tenham um papel determinante na formação de atitudes, na criação de condições para o sucesso e ensinem a relacionar informações e a desenvolver o espírito crítico, a autonomia e o rigor intelectual, isto é, ajudem a criar condições para "saber aprender a aprender", como refere Zacharias (2002).

A sociedade está em transformação e os fenômenos de mudança não podem ser ignorados pela educação e formação, porque educar na perspectiva de Simão, Santos e Costa (2002) não é preparar as novas gerações para a estabilidade, mas para acompanhar o fluir do tempo. Os autores apontam que a formação do século XXI deve educar e formar para: “a cidadania, a liberdade e autonomia, os valores e a solidariedade, a preservação do ambiente e da cultura da terra, a criatividade e inovação, o desenvolvimento harmonioso e para a era tecnológica e cultural” (2002, p. 384).

Pensar na escola e na formação dos enfermeiros numa sociedade de conhecimento pressupõe a elaboração de um paradigma que referencie uma função social, contribua para a construção da cidadania, estimule o desenvolvimento cognitivo, afetivo, ético, e profissional. Neste paradigma a educação torna-se multi-institucional. As escolas de enfermagem são um dos espaços mediadores dos saberes, onde se sistematiza e (re)elabora o conhecimento. Analisa-se criticamente e avalia-se a informação, relacionando-a com os interesses e valores dos atores envolvidos (profissionais e clientes).

A educação em enfermagem deverá facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar aos estudantes a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e competências requeridas para uma prática de qualidade, ao que Santos (2000a) acrescenta o desenvolvimento de atitudes e valores, que permitam a excelência no cuidar, baseado numa abordagem holística. “O cuidar holístico tem a ver com a pessoa na sua totalidade: parte biológica física, psíquica, cultural e espiritual. Procurando integrar o ser humano como um todo” (Lourenço, 2004, p. 96).

Há fatores estruturais que ajudam a entender o âmago da Enfermagem como a ciência do cuidado, Watson (2008), considera que o âmago da enfermagem é o processo de cuidados terapêuticos tanto para quem cuida, como para quem é cuidado. A autora formulou dez fatores curativos, (carative factors) considerados como centrais para o processo do cuidado que o enfermeiro pode utilizar para ajudar o cliente a conservar e alcançar a saúde, ou a obter uma morte pacífica. São eles: formação de um sistema de valores humanista-altruísta; possibilidade de manter a fé-esperança; cultivar a sensibilidade em si e nas outras pessoas; desenvolve uma relação de ajuda-confiança; promove a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão; promoção do ensino-aprendizagem transpessoal; previsão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de

correção mental, física, sociocultural e espiritual; assistência para a satisfação das necessidades humanas, preservando a dignidade humana e a totalidade do ser; permissão e abertura para dimensões existenciais fenomenológicas e espirituais do cuidado (Watson, 2008).

### **Formação de jovens adultos**

No processo de ensino aprendizagem há, pelo menos dois atores: o ensinante e o aprendente. Os estudantes do ensino superior, onde se incluem os de enfermagem, são jovens adultos, com o dever de participar ativamente na sua formação. “Mas para tal os professores devem valorizar os interesses, as necessidades, os esforços e a possibilidade dos estudantes, a fim de os preparar numa e para uma atitude ativa, na e para a vida” (Bento, 1990, p. 34).

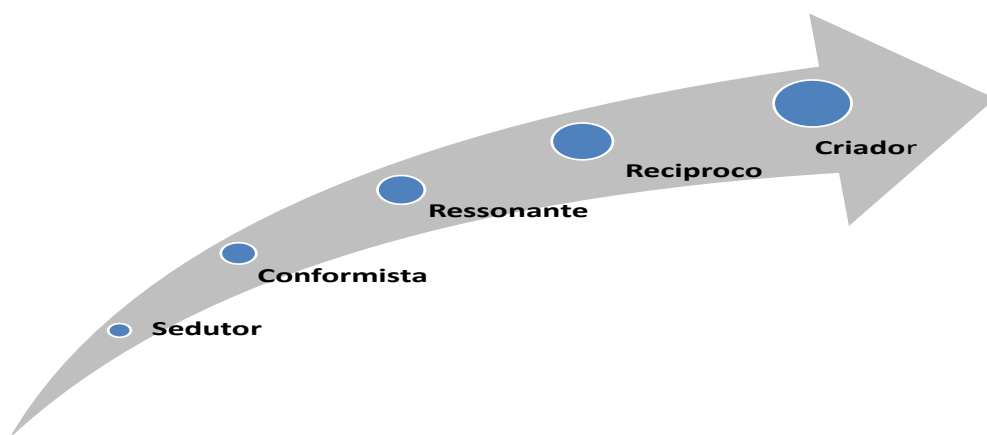
Em pedagogia de adultos os estudantes devem ser considerados responsáveis pela sua aprendizagem, na medida que a formação pertence ao formando, sendo ele o principal interessado em munir-se dos utensílios cognitivos com que enfrentará os desafios quotidianos (Ferreira, 2001).

No processo de aquisição de conhecimentos e competências há diferentes níveis de complexidade, Guittet (1998) considera quatro níveis: O nível mais básico é o de imitação e reprodução em que o aprendente é capaz de memorizar, imitar e reproduzir o que o outro faz; no nível de adaptação e aplicação é capaz de transpor por analogia, tendo alguma autonomia na ação; no nível de mestria, é capaz de sintetizar, explicar a sua competência e resolver situações particulares e no nível de perito é capaz de avaliar, criar, inovar e evoluir num contexto novo.

O jovem estudante de enfermagem aprende de acordo com o seu desenvolvimento. Tavares e Alarcão (2005) referem-se ao conceito de maturidade específica em que o estudante avança para uma nova aprendizagem quando tem conhecimentos de suporte que lhe permitam prosseguir. Neste sentido Bevis (1989), na figura 7, esquematiza o percurso da imaturidade para a maturidade num continuum.



Figura 7. Processo de aquisição de maturidade pelo estudante



Fonte: Bevis (1989, p. 83)

Os estudantes de enfermagem podem situar-se em diferentes etapas do processo de maturidade: sedutor, conformista, ressonante, recíproco e criador, o que implica identificar o estágio em que se encontra e promover o seu desenvolvimento rumo à maturidade, evitando a estagnação.

O *sedutor* está numa fase de imaturidade, apoiado pelo behaviorismo, centra a sua energia no agradar ao professor adotando uma posição sedutora e manipuladora, procurando atrair do professor, simpatia e atenção, numa relação de tipo paternal (pai - criança).

O *conformista* é o estudante cujo objetivo principal é ter boa classificação, para tal tenta adivinhar o que o professor quer, para responder nesse registo e obter recompensa. A aprendizagem não é o seu principal objetivo e apresenta geralmente um locus de controlo externo atribuindo aos outros o seu sucesso ou insucesso.

O *ressonante* vê o professor como um carismático, estimulante e agradável e está motivado a aprender. É participativo, quer participar nas experiências, regista as informações dadas, mas mantém a posição passiva, na medida que o controlo é mantido pelo professor que gere o processo e conduz as atividades pedagógicas numa relação de tipo professor – estudante tradicional.

O *recíproco* está numa posição mais próxima das teorias humanistas. É responsável pelas suas aprendizagens e sente-se livre para poder exprimir as suas ideias e dirigir a aprendizagem de acordo com as suas necessidades. A relação com o professor é do tipo adulto – adulto.

O *criador* encontra-se numa posição privilegiada, demonstra iniciativa e criatividade. Descobre problemas e procura conteúdos, tópicos, questões para atingir a sua finalidade à medida que se interroga e pesquisa. Para este estudante a relação com o professor é de um colega respeitado com quem se partilham ideias, o professor é um perito ou um consultor.

A formação em enfermagem e particularmente a aprendizagem em contexto clínico envolve mais do que adquirir conhecimentos científicos e demonstrar competências clínicas. Os estudantes devem desenvolver outras competências transversais como a autonomia, identidade profissional, gerir as emoções e as relações interpessoais o que é facilitado pela interação com os pares, com orientadores do ensino clínico, com outros profissionais de saúde e com os clientes.

No percurso individual que leva à formação tem significado as experiências quotidianas próprias, as dos outros e as da sociedade. No processo de formação o formando modifica-se, modifica as suas perceções e representações acerca do real, refere Josso (1991). O estudante de enfermagem vai desenvolver o seu percurso em contextos de formação com peculiaridades, onde as dimensões sociais e profissionais das relações entre as pessoas que se movimentam nesses contextos são determinantes. A formação decorre em contextos específicos, na escola, nos serviços de saúde e na comunidade, onde as pessoas nascem, vivem, trabalham, adoecem, se desenvolvem e morrem.

O ensino de enfermagem baseia-se num processo de ensino aprendizagem desenvolvido em alternância de conteúdos teóricos e teórico-práticos com ensinamentos clínicos em incursão aos locais da prática, em que é valorizada a aprendizagem experiencial.

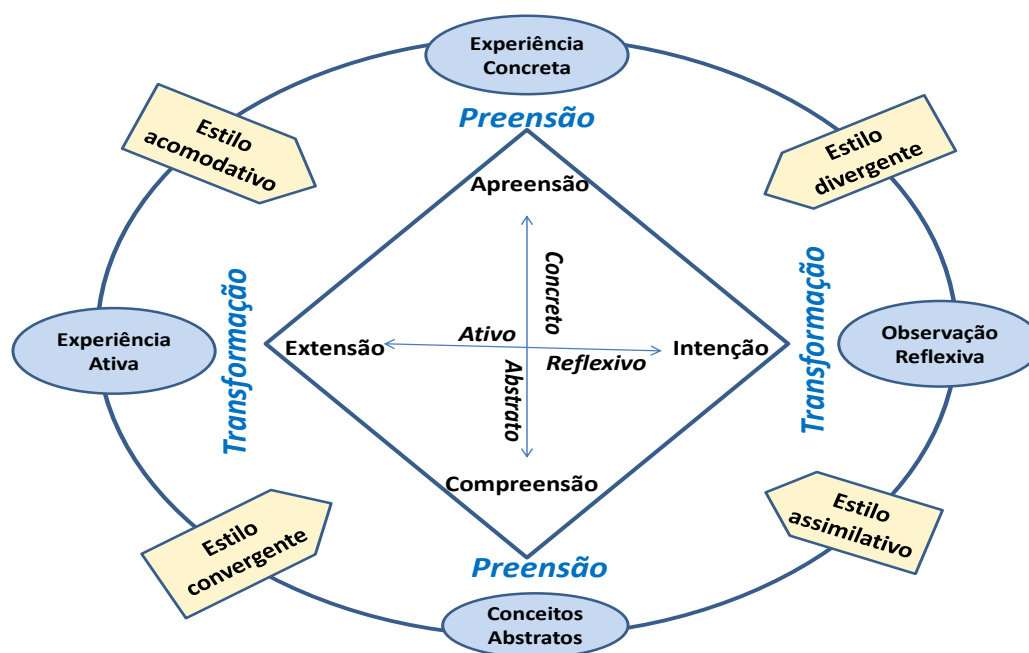
O modelo de aprendizagem pela experiência de Stockhausen (1994) apresenta a espiral da aprendizagem clínica em quatro fases flexíveis e dinâmicas: a fase preparatória em que o formador prepara o estudante ajudando-o a adquirir formação significativa para lidar com o fenómeno; a fase de construção em que o estudante mobiliza e transfere a informação para a experiência; a fase de reflexão, em que partilha as reflexões, dúvidas e saberes e é reorientado para novas aprendizagens e a fase de reconstrução em que reconstrói a sua estrutura cognitiva e experiencial, com repercussões a nível dos conhecimentos e atitudes. Mas aprender pela experiência não significa que qualquer vivência redunde em aprendizagem. Esta aprendizagem é, sobretudo, mental. Assim sendo, apropriar-se dos saberes procedentes da experiência implica processos contínuos de ação e reflexão (Pimentel, 2007). A “aprendizagem experiencial é o processo por

onde o conhecimento é criado através da transformação da experiência” (Kolb, 1984, p. 38).

O conhecimento é um processo de transformação, sendo continuamente criado e recriado, e a aprendizagem transforma essa experiência tanto no seu caráter objetivo como no subjetivo. Deste modo a aprendizagem experiencial “coloca a ênfase na interação entre o sujeito e a ação e sustenta as novas aprendizagens na experiência, ao mesmo tempo que valoriza o contexto e a reflexão” (Alarcão, 2002, p. 230).

A aprendizagem feita pela experiência, de acordo com Kolb (1984) pode ser representada, na figura 8, por um ciclo formado por quatro modos de aprendizagem, constituído por dois eixos: a experiência concreta e a conceitualização abstrata; a observação reflexiva e a experimentação ativa, representando orientações adaptativas opostas.

Figura 8. Ciclo de aprendizagem experiencial



Fonte: Adaptado de Kolb (1984).

O conhecimento resulta da combinação entre a experiência e o modo de a transformar. Essas dimensões representam as duas posições dialéticas da aprendizagem: apreensão e transformação. Enquanto a apreensão conjuga o concreto ao abstrato, a transformação

conjuga a ação à reflexão. Como resultado surgem quatro formas de conhecimento: divergente, assimilativo, convergente e acomodativo a que estão associadas, respetivamente quatro tipos de competências: competências de relação, de concetualização, de experimentação e de competências na ação.

### **A enfermagem nas respostas às solicitações da sociedade**

Para que a enfermagem corresponda às necessidades da sociedade e contribua com as suas raízes e origens, tanto o ensino como o sistema de prestação de cuidados, tem de ser baseados em valores humanos e na preocupação com o bem-estar dos clientes. Como refere (Watson, 2002) se cuidar resulta da prática e da pesquisa, a teoria depende do ensino de uma ideologia do cuidar. “A enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o individuo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro” (Watson, 2002, p. 61).

As práticas de enfermagem, na opinião de Abreu (2007, p. 48) “envolvem um conjunto de dimensões interativas que concorrem para o exercício do cuidar em enfermagem”: uma dimensão finalizada, instrumental; uma dimensão operatória; uma dimensão interativa, relacional; uma dimensão contextualizada, ligada à situação, ecológica; uma dimensão ética; uma dimensão temporal; uma dimensão afetiva, emocional; uma dimensão reflexiva e uma dimensão psicossocial, ligada à natureza humana.

Em simultâneo com as mudanças na formação, também as funções do enfermeiro têm sofrido alterações nas últimas décadas. São definidas as funções do enfermeiro, pela primeira vez em 1981, com a publicação do Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de Novembro, que regulamentou a carreira de enfermagem. Mas é com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) publicado no Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro, que se definem as intervenções autónomas e interdependentes, caracterizando-as a partir do processo de cuidados, em que o cuidado à pessoa é o foco da intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2000).

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros, pela Lei nº 104/98 de 21 de Abril, foram estabelecidas as condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, Silva (2002), destaca: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da

profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional. O enfermeiro de hoje tem criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião do utente em tudo o que lhe diz respeito.

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem continua a ser uma constante, quer para os profissionais quer para a Ordem dos Enfermeiros (OE). Desde a sua constituição que a Ordem se empenha no desenvolvimento de trabalhos que visam a definição de processos de acreditação da formação pré e pós-graduada e de certificação individual de competências, que conduza à atribuição dos títulos profissionais, tendo em 2003 definido o perfil de competências para o enfermeiro de cuidados gerais.

Com o Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro o Governo pretende garantir que os enfermeiros das instituições de saúde, disponham de um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. Define no artigo 4 que a “qualificação de enfermagem é estruturada em títulos de exercício profissional em função de níveis diferenciados de competências e tem por base a obtenção das capacidades e conhecimentos adquiridos ao longo da formação” (Ministério da Saúde, 2009b, p. 6759).

As novas exigências do trabalho em saúde requerem não só uma flexibilidade técnico-instrumental, como também a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços.

O profissional necessário para os novos tempos, mais do que ser detentor dos saberes escolares ou técnico-profissionais, necessita de desenvolver e ter a capacidade de mobilizar esses saberes para a resolução de problemas e para enfrentar imprevistos nas situações de trabalho, principalmente porque as novas atividades laborais na área da saúde são marcadas pela imprevisibilidade das situações. (Ministério da Saúde do Brasil, 2001, p. 7)

Neste subcapítulo sintetizamos a evolução do processo de formação académica dos enfermeiros de modo a responder às emergências das necessidades sociais em matéria de saúde. No próximo iremos refletir sobre a aprendizagem para desenvolver competências no cuidar em enfermagem.

## 2.5. COMPETÊNCIAS PARA CUIDAR EM ENFERMAGEM

*“Cada individuo ativo tem uma prática, mas não tem uma clara consciência teórica dessa prática que, no entanto é um conhecimento do mundo, na medida em que transforma o mundo”.*  
(Gramsci, António, 1999.)

No mundo do trabalho, verificou-se a transição do conceito clássico de qualificação profissional para o conceito de competência profissional, em função das novas emergências laborais e da falência dos métodos destinados a adaptar as pessoas ao mercado e aos postos de trabalho estáveis. A questão da qualificação não é alheia à inserção das economias em mercados globalizados, à crescente exigência de produtividade e competitividade e à vertiginosa incorporação de novas tecnologias que requerem flexibilidade e polivalência dos trabalhadores (Valle, 2003).

Algumas teorias sociológicas, como referem Boltansky e Chiapello (2001) consideram que as mudanças nas funções dos trabalhadores com a incorporação de atividades mais intelectuais, subjetivas e reflexivas servem os interesses do capital e por isso, representam uma renovação do capitalismo em função de novas exigências laborais.

A competência tornou-se uma palavra nobre da sociedade da informação e do conhecimento. Para a UE, é necessário desenvolver competências para a sociedade do conhecimento, por intermédio de três objetivos estratégicos, subordinados ao do espírito empresarial: “aumentar a qualidade e eficácia dos sistemas de informação; facilitar o acesso a todos os sistemas de educação e formação; abrir os sistemas de educação e formação ao resto do mundo” (Pacheco, 2011, p. 51). As reformas educativas realizadas em alguns países têm-se justificado pela necessidade de adequar a educação às necessidades do mundo contemporâneo. O movimento de definição de um modelo pedagógico centrado na aquisição de competências teve a sua expressão inicial no ensino técnico e profissionalizante (Tanguy, 2002). Neste contexto a pedagogia do início do milénio surge como um saber em transformação, em crise e em crescimento, atravessando várias tensões e desafios, marcados pela autocritica e desmascaramento de muitas estruturas (Cambi, 1999).

À medida que tanto a educação profissional quanto a educação geral é questionada sobre a adequação ao presente estágio de racionalidade técnico-científica da produção e

do mundo do trabalho, a aprendizagem vai se sintetizando, na forma de competências requeridas pela produção e competências adquiridas pelo trabalhador.

Verifica-se que o local e as relações de trabalho produzem, de modo dialético, conflitos e consensos; reprodução e também transformação. Os novos conceitos de produção são resultantes de construções históricas, políticas e económicas que requerem novas relações sociais e saberes diversificados. A gestão do trabalho foi ampliada para além da produção de um produto e precisou de incorporar as inter-relações entre as pessoas, passando de uma abordagem estritamente objetivista, característica da qualificação nos modelos taylorista-fordista, para uma abordagem intersubjetiva (Valle, 2003).

A ideia veiculada pela pertinência do uso da noção de competência pela escola, é que esta seria capaz de promover o encontro, ou a aproximação entre trabalho e formação. No plano do trabalho, há um deslocamento do conceito de qualificação em direção à noção de competência. No plano pedagógico, verifica-se a organização e a legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares, para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações concretas e específicas, refere Tanguy (2002). Essas competências são definidas em relação aos processos de trabalho que os sujeitos deverão ser capazes de compreender e dominar.

Trabalhar competências envolve romper com os modelos tradicionais, tanto no acto de aprender como de ensinar, e a formação do professor passa a ser ponto-chave de todo o processo. Atuar norteados por esse modelo pedagógico, não é impossível, porém, é complexo, sobretudo na área do ensino da enfermagem, em que, por vezes, ainda se verifica a formação técnica pautada no modelo biomédico, sendo necessário alterarem-se os papéis tradicionais de ensinante e aprendente (Lucchese & Barros, 2006).

As diferentes interpretações das mudanças que se operam nas relações de produção, são na opinião de Lima (2005) também reproduzidas nos campos da administração, da gestão e da educação, o que se traduz em diferentes definições de competência que, apesar de ser um tema muito debatido nas últimas três décadas, mantém-se polissémico, variando o seu significado segundo a época, o autor, o sector e o país.

### **Evolução do conceito de competência**

A palavra competência deriva do latim “*competens*” que significa: “o que vai com...” ou “o que é adaptado a...” esclarece Alarcão e Rua (2005, p. 375). O conceito de

competência surge numa dimensão contextualizada e manifesta-se por uma atuação adaptada à situação, em que ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta. No senso comum, temos dois conceitos para o termo competência: um relacionado com a legitimidade atribuída por lei ou por reconhecimento a uma pessoa ou organização para apreciar ou julgar determinada questão ou assunto; e outro relacionado com o reconhecimento de características pessoais (isto é qualidades) vinculadas à capacidade e idoneidade para resolver, ou ajuizar sobre determinado assunto, incluindo os de natureza profissional (Hillau, 1994).

A literatura educacional descreve três abordagens sobre o conceito de competência: “Uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados” (Lima, 2005, p. 371).

O percurso do conceito de competência pode associar-se às diferentes racionalidades que se têm cruzado no campo educacional, numa asserção predominantemente técnica que se corporizou nas correntes behavioristas e neo-behavioristas dos anos 50 e 60 nos Estados Unidos e em Portugal nos anos 70, como refere Roldão (2009).

O conceito de competência foi na aceção behaviourista mais divulgado como skill, e com uma conotação mais analítica, de acordo com a lógica taxonómica da época. A formação e a aprendizagem eram perspectivadas como uma sequência articulada de skills a dominar e a saber aplicar, que se desenvolviam por treino específico e de forma segmentar, consoante os níveis a atingir. Com o propósito de melhor compreender e definir competência, apoiámo-nos na interpretação de Ruthes (2008) sobre *competence* e *competency*. O termo *competence* está relacionado com a questão da capacidade (ability), enquanto *competency* está relacionado com a técnica com a habilidade (skill), com a experiência prática, destreza, na qual uma habilidade seria um tipo particular de capacidade, uma capacidade de fazer algo bem feito.

A discussão sobre o conceito de competência não é recente. Em 1973 McClelland iniciou o debate sobre o tema distinguindo competência de aptidões, de talento natural e de conhecimento. A questão mantém-se atual e Pacheco (2011) considera pertinente diferenciar competência de capacidade. De uma forma genérica pode-se dizer que competência designa a capacidade de produzir uma conduta em determinado domínio,



mas o ter capacidade não significa só por si ser competente. “Capacidade não é uma faculdade intrínseca, nem uma disposição homogênea capaz de ser desenvolvida em si mesma, mas, pelo contrário, é o fruto das experiências de aquisição de competências em vários domínios: cognitivo, afetivo e sensório motor” (Pacheco, 2011, p. 44).

Uma das conceptualizações atuais de competência mais influente foi definida por Perrenoud (1995), em que a competência é saber em ação ou saber em uso. O autor ao longo da sua obra vem definindo o “*ofício do aluno*” e o “*ofício do professor*” associado às teorias de Le Boterf (1997) e de Tardif (1996).

A conceção atual de competência para os planos curriculares afasta-se da visão técnica do skill segmentar e da aplicação funcional de saberes previamente adquiridos e constitui-se como um sistema de conhecimentos complexo que agrega e articula conhecimentos, dispositivos de operacionalização e capacidade discriminadora e mobilizadora em diferentes situações (Roldão, 2009).

### **Formação por competências**

As conceções curriculares e didáticas privilegiavam um saber essencialmente prático, por oposição aos grandes debates teóricos que tinham vigorado anteriormente. Esta orientação para “uma *racionalidade prática*, acentuou uma vertente mais funcionalista e contextual ao uso do conceito de competência, percecionado como aplicação de saberes numa ação concreta” (Roldão, 2009, p. 590). Neste contexto surge a teoria de Schön (1997), que para além da racionalidade prática acentua a racionalidade crítica, sobre a formação profissional em geral, e a do professor em particular. O saber traduzido em competências, deve estar ligado a uma praxis, sendo gerado e trabalhado, desconstruído e reconstruído pela reflexão crítica do profissional.

A competência distingue-se pela capacidade que o sujeito manifesta de mobilizar e organizar de forma apropriada, em situação, a constelação de vários tipos de saberes, predisposições, e capacidade de análise de que dispõe e que a situação requer. “A competência não é a aplicação de um saber, a competência é, neste entendimento, um saber em uso, ativo e atuante” (Roldão, 2009, p. 591). A articulação entre os diferentes tipos de saberes: teóricos, procedimentais, práticos e os *savoir-faire*, Malglaive (1990) propôs o termo ‘*o saber em uso*’ que designa os diferentes saberes na ação, e ajuda-nos a compreender as interações entre os saberes e a ação, ou a prática clínica.

Machado (2002) refere o conceito de competência, utilizando três elementos: a *pessoalidade* referindo à semântica da palavra que se destina a pessoas, e não a objetos ou artefactos, (as pessoas é que são ou não competentes); o segundo elemento essencial para uma competência é a noção de *mobilização de saberes* numa conceção virtual da ação, da capacidade de recorrer ao que se sabe para alcançar o projetado, o desejado; o terceiro elemento é o *âmbito*, em que ela se exerce, o contexto no qual se concretizam. As competências são entendidas como potenciais, desenvolvidas sempre num contexto de relações disciplinares e prefiguram ações implementadas em determinado âmbito de atuação. No âmbito educacional as competências são manifestadas e realizadas por meio das habilidades, e cada feixe de habilidades caracteriza uma competência específica, como se fossem micro-competências. O conceito de competência na opinião de Perrenoud (2000) apresenta vários sentidos, podendo ser compreendido como uma orquestração de recursos cognitivos e afetivos destinados a enfrentar um conjunto de situações complexas. Em relação às competências em educação, esta consiste na mobilização de recursos cognitivos que incluem os saberes, as informações, as habilidades operacionais e, sobretudo, as inteligências para, com eficácia e pertinência enfrentar e solucionar uma série de situações.

No plano curricular escolar, não se pretende substituir saberes por competências, mas antes revitalizar os conhecimentos transformando-os em agentes ativos de compreensão, de organização do conhecimento e de ação, de modo a alimentarem eficazmente a construção da competência do aprendente. Uma educação competencializadora não dispensa nenhum saber, antes exige mais e mais diversos saberes, acrescidos da sua articulação orientada para a possibilidade de uso a nível cognitivo, prático, intelectual, de fruição, ou outros, tornando o estudante mais capacitado para agir, como refere Roldão (2009).

O avanço do conhecimento nas ciências em geral e na ciência de enfermagem em particular, leva a uma mudança paradigmática na forma de conceitualizar, interrelacionar e mobilizar os saberes. A partir de alguns conceitos tomados das ideias de Well, D'Ambrósio e Crema (1993) enunciamos o modo como os estudantes se devem apropriar de diferentes tipos de conhecimentos na área da saúde e da enfermagem em particular. A *pluri ou multidisciplinaridade*, foca a proximidade, a justaposição de várias disciplinas sem a tentativa de fazer uma síntese. A *interdisciplinaridade*, consiste na síntese dialética das disciplinas, instaurando um novo nível de linguagem, uma nova

forma de pensar e agir, caracterizados por relações, articulações e mobilizações de conceitos e metodologias enquanto a *transdisciplinaridade* refere-se a axionomia convergente, na procura de valores comuns, como é o reconhecimento da interdependência das áreas de conhecimento. O enfermeiro, dada a complexidade do cuidar holístico da pessoa precisa de usar em diferentes momentos os diversos tipos de conhecimento.

A questão dos saberes é equacionada por diferentes teóricos das ciências da educação. A forma como se articulam e mobilizam diferentes tipos de saberes contribui para que o profissional seja, ou não, competente, ou tenha diferentes níveis de competência. Tardif, Lessard e Lahaye, (1991, p. 218), referem-se à construção de um *saber plural*, “formado pela amálgama, mais ou menos coerente, de saberes oriundos da formação profissional, dos saberes das disciplinas, dos currículos e da experiência”.

As nomenclaturas dos saberes mobilizados diferem consoante o autor. Altet (2000), esclarece o que entende quando se fala em saberes ligados à experiência. Os *saberes práticos* são oriundos das experiências quotidianas da profissão, contextualizados e adquiridos em situação de trabalho, também chamados de saberes empíricos ou da experiência. Os saberes *sobre a prática*, isto é, saberes procedimentais sobre o como fazer, ou formalizados; os *saberes da prática*, são oriundos da experiência, produto da ação que teve êxito; os *saberes condicionais* (saber quando e onde). Os saberes fazer e os saberes de ação muitas vezes implícitos, situando-se neste nível o *saber profissional* que permite distinguir o novato do especialista, ou perito (Altet, 2000).

A enfermagem enquanto disciplina orientada para a prática compreende na opinião de Carper (1997, cit in Abreu, 2007) quatro tipos de conhecimento, que constituem a base epistemológica da disciplina: o *empírico*, o *estético*, o *ético* e o *conhecimento pessoal*. Abreu (2007) considera estes, mas acrescenta outros, referindo-se a sete padrões de conhecimento em enfermagem: o empírico, o estético, o ético, o processual, o relacional, o cultural e o tácito. Pelo que a prática de enfermagem é o resultado da compreensão, integração e mobilização dos diferentes tipos de conhecimento para dar resposta a situações humanas que requerem respostas de enfermagem.

### **Papel do estudante**

A atual formação dos enfermeiros é orientada por competências. Embora não se conheçam todas as possíveis formas e processos usados pelo aprendente, sabe-se que a aprendizagem é como uma mudança permanente na relação entre as pessoas e destas com a sociedade, podendo desenvolver-se de diversas formas. Em nenhuma outra espécie a relação com a vida coletiva, tem uma influência tão profunda sobre o desenvolvimento do indivíduo como nos humanos. Sem a aprendizagem não seríamos capazes de funcionar como pessoas, como profissionais e membros de uma sociedade (Elias, 2001). Na enfermagem o termo competência refere-se à capacidade de conhecer e agir sobre determinadas situações, envolve habilidades para desenvolver ações de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação, necessitando de experiência para o fazer com qualidade (Vale & Guedes, 2004).

Antunes, (2004) refere-se aos quatro pilares da educação que ajudam os estudantes a aprenderem a aprender, o que reúne aprender a ser, a fazer, a viver junto/conviver e a conhecer. Na prática traduz-se por *aprender a conhecer*, que consiste em adquirir competência para a compreensão, o domínio dos próprios instrumentos do conhecimento, ou seja, desenvolver habilidades para construir conhecimentos, exercitando os pensamentos, a atenção e a memória, selecionando as informações que possam ser contextualizadas com a realidade que vive, e ser capaz de se expressar por meio de diferentes linguagens; *aprender a fazer*, com ênfase da aprendizagem na atuação profissional, ou seja, ser capaz de pôr em prática os conhecimentos significativos ao trabalho futuro; *aprender a viver junto* ou conviver e descobrir o outro, de desenvolver projetos solidários e cooperativos, identificados pela procura de objetivos comuns, o que implica trabalhar o autoconhecimento e a autoestima; finalmente o *aprender a ser* que assenta na ideia de que a pessoa deve ser integralmente preparada, espírito e corpo, inteligência e sensibilidade, sentido estético e responsabilidade pessoal, ética e espiritualidade para elaborar pensamentos autónomos e críticos, e ser capaz de formular os seus próprios juízos de valor, de modo a decidir, por si mesmo e a saber agir em diferentes circunstâncias da vida.

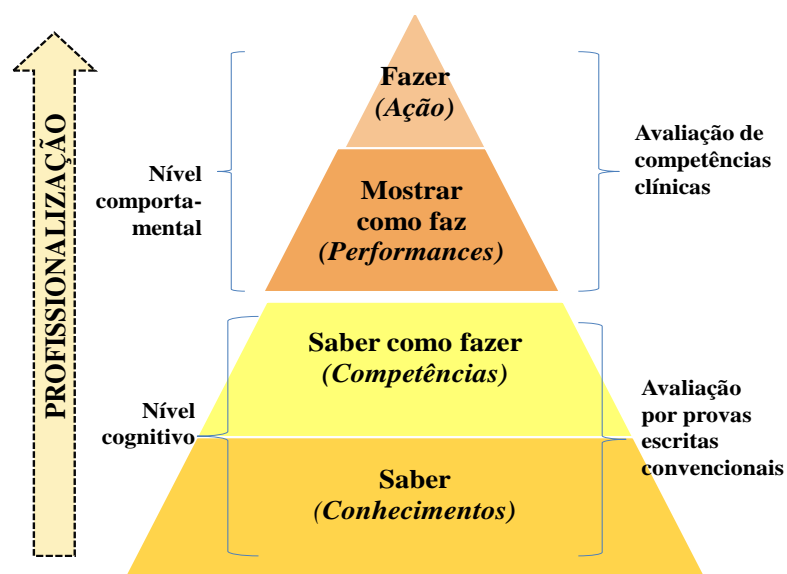
A pedagogia das competências, na opinião de Lucchese e Barros (2006), visa trabalhar as aptidões individuais no sentido de efetivá-las em situações reais e em processos complexos, agindo com discernimento, o que implica uma mudança no papel tradicional do aluno, deixando de ser passivo, recetáculo do conhecimento descontextualizado, que não sabe por quê e para que estuda determinados conteúdos, para passar a ser ativo e

participativo na construção do conhecimento. Como refere Reis, (2004, p. 15). “É necessário desenvolver nos estudantes competência, ou seja um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e de comportamentos estruturados em função de uma determinada finalidade e para atuar num dado tipo de situação”.

A competência não se limita ao domínio do conhecimento teórico ou empírico, nem se encontra envolta na tarefa a desenvolver, nesta perspectiva Zarifian (2004) sintetiza em três aspetos complementares como se desenvolvem as competências: a tomada de iniciativa e de responsabilidade perante os desafios profissionais; a inteligência prática que se usa em cada situação específica, ancorada nos conhecimentos necessário à resolução e à complexidade da situação; a capacidade de envolver uma rede de atores, de partilhar problemas de tomar decisões e assumir responsabilidades. A competência manifesta-se em conjunto, por meio da articulação de diversas habilidades e representa o resultado do diálogo entre habilidade e aptidão que acionamos para encontrar um novo patamar de equilíbrio quando entramos em desequilíbrio (Allessandrini, 2002).

Tendo em conta o processo de avaliação de competências Miller (1990) elaborou uma pirâmide que descreve o modo como estas podem ser avaliadas, representada na figura 9. Nas avaliações convencionais escritas é possível avaliar se o estudante sabe e sabe como fazer. Mas para verificar se o estudante faz da forma mais adequada é necessário ser capaz de demonstrar como se faz e o saiba fazer corretamente.

Figura 9. Pirâmide de avaliação clínica de Miller



Fonte: Miller (1990, p. S63).

## Papel do professor

A formação de profissionais dinâmicos é necessária para atuar em sectores profissionais específicos, considerando o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, como componentes do processo de aprendizagem. Neste contexto Lucchese e Barros (2006), situam a complexa e incómoda posição do docente de enfermagem que está constantemente diante de uma sociedade da informação que se transforma de modo rápido e exige um profissional competente para atuar nas diversas áreas.

As concepções de educação traduzidas em tendências, estão subjacentes nas práticas dos professores, no processo ensino-aprendizagem adotado, caracterizando-se, na perspectiva de Pérez Gómez (1997), sob diferentes enfoques: o *tradicional*, o *técnico*, o *prático* e o *crítico/reflexivo*. O enfoque *tradicional*, centrava-se no ensino enciclopédico, em que o professor era um transmissor de conhecimentos e da cultura acumulada pela humanidade. O docente mobilizava técnicas didáticas de base expositiva dos conteúdos organizados para um modelo de aluno ideal, sendo a avaliação a repetição do conteúdo que geralmente era obtida pela memorização do aluno. No enfoque *técnico* da prática docente, a relevância centra-se na instrumentalização do professor, na técnica aplicada. A atividade do professor exige conhecimentos da ciência básica ou da disciplina ensinada, conhecimento das técnicas que possibilitam definir os procedimentos específicos de diagnósticos e solução de problemas do processo de ensino aprendizagem. No enfoque *prático*, a ênfase centra-se no desenvolvimento de competências técnicas e atitudes que se apropriam do conhecimento básico e aplicado, cabendo ao professor com o desenvolvimento de tais competências intervir na prática, orientado pela especialização. No enfoque *crítico-reflexivo*, procura-se na reflexão as tomadas de decisão ou o confronto entre ideias conceitos e concepções, a fim de reconstruir as ações. O professor desenvolve-se como profissional, a partir da consciência dos seus saberes, habilidades, atitudes e afetos, consolidando valores, princípios e interesses na construção do conhecimento imposta pelo contexto sociopolítico, cultural e económico.

O papel do professor sofreu várias transformações no novo modelo formativo. Lucchese e Barros (2006) consideram que abandonou o estereótipo do tradicional transmissor de conhecimento, determinador do conteúdo a ser trabalhado, sem ter em conta as

necessidades que surgem na sala de aula, para assumir um papel de facilitador da aprendizagem e da construção dos sentidos, gestor da informação, reflexivo, aquele que avalia e re-significa a sua prática pedagógica, incentivador da estética da sensibilidade e que zela pela política da igualdade e pela ética da identidade.

As competências formam-se passo a passo, num diálogo interior, movendo-se pelas relações intrapessoais e interpessoais. Quanto às competências de um educador, elas devem revelar um professor reflexivo, capaz de avaliar e de se autoavaliar, adotando uma postura crítica, tomando decisões perante as escolhas de estratégias para atingir os objetivos educacionais, coerente com as exigências éticas da profissão. Para ensinar os estudantes, é preciso antes, rever o seu próprio modo de aprender, o seu modo de construir a experiência. A ação do professor deve seguir o sentido da elaboração de uma nova consciência, pautada na cidadania ética e solidária (Allessandrini, 2002).

Trabalhar para constituir competência, na opinião de Perrenoud (1999), requer transformações na identidade do professor, na sua relação com o saber, na forma de lecionar, e no próprio desenvolvimento das suas competências. A abordagem por competências convida os professores a considerarem os conhecimentos como recursos a serem mobilizados; a trabalhar regularmente por problemas; a criar ou utilizar outros meios de ensino; a negociar e conduzir projetos com os estudantes; a adotar um planeamento flexível, a improvisar; a implementar e explicar um novo contrato didático; a praticar uma avaliação formadora em situação de trabalho; a orientar-se para uma menor compartimentação disciplinar.

No que se refere ao processo avaliativo feito pelos docentes, Machado (2002) chama a atenção para a valorização da dimensão tácita do conhecimento, por considerá-lo, muitas vezes, subestimado pelo educador, sobretudo no momento da avaliação. O autor fala da diferença entre o conhecimento *explícito* e *tácito*, o primeiro é o emergente, aquele que podemos observar e que representa uma pequena parcela do potencial da pessoa; o outro, diz respeito ao que está imerso e não consegue ser transmitido, é muito mais abrangente que o anterior. É necessário encontrar canais de emergência do tácito no explícito, para não ignorar a maior parte do potencial inerte da pessoa; as competências representam um caminho para a integração do conhecimento, articulando os dois pares: tácito e explícito.

Sem pôr em causa a utilidade das técnicas e a capacidade de dominar instrumentos, há a convicção crescente de que o recurso mecânico a instrumentos e que os conhecimentos

transmitidos pelas escolas nem sempre são os mais adequados para um exercício profissional satisfatório e de qualidade. A passagem do ensino baseado em conhecimentos teóricos para um modelo em que se associem diferentes saberes teóricos com aptidões não cognitivas é lento, refere (Reis, 2004). A questão é o que o profissional tem que saber para fazer, e como deve ser esse conhecimento adquirido?

### **Tipos de competências**

O curso de licenciatura ao nível do primeiro ciclo de formação em enfermagem, visa formar os estudantes para as competências profissionais, que envolvem saberes, capacidades, comportamentos, atitudes específicas da enfermagem mas igualmente saberes, capacidades, comportamentos, atitudes comuns a todos os licenciados.

Não há uma única nomenclatura para classificar as competências que um profissional deve ter adquirido, sem nos determos em múltiplas taxonomias referiremos duas que podem ajudar a compreender os diversos modos em que estas se podem agrupar, citamos as classificações de Alarcão e Rua (2005) e de Le Boterf (1995).

Considerando a nomenclatura de Alarcão e Rua (2005) a competência profissional assenta num conjunto de micro competências que se mobilizam na ação e na experiência por atitudes e práticas, e no caso dos enfermeiros, considera três sub competências: *cognitiva, técnica e comunicacional*, as quais se podem desdobrar em micro competências. A competência *cognitiva* implica: identificação das necessidades dos clientes; análise e interpretação da informação recolhida; planeamento das atividades e priorização, justificar intervenções e avaliar a evolução da situação. A competência *técnica* envolve: destreza manual e a aplicação correta das técnicas e procedimentos e materiais. A competência *comunicacional*: refere-se ao saber ouvir e escutar, saber relacionar-se, ensinar e ser capaz de transmitir de forma clara a informação (Alarcão & Rua 2005, p. 375).

A classificação de Le Boterf (1995) considera diferentes tipos de saberes: os teóricos, os saber-fazer cognitivos; os saberes processuais; os saber-fazer processuais; os saber-fazer experienciais e os saber-fazer sociais.

Os *saberes teóricos*, têm como objetivo a compreensão de um fenómeno, de um objeto de uma situação ou de um processo, não tendo uma finalidade prática. Estes saberes permitem orientar para a construção de representações operatórias possibilitando a



formulação de hipóteses. Na opinião de Malglaive (1995) o saber teórico não diz o que é necessário fazer, mas leva a atuar com discernimento, a construir procedimentos rigorosos, fornecendo o meio de saber, em que condições se pode fazer, o que se quer fazer e quais as suas consequências.

Os *saber-fazer cognitivos*, correspondem às operações intelectuais necessárias à formulação, análise e resolução de problemas; à conceção e realização de projetos, à tomada de decisão, à criatividade e inovação.

Os *saberes processuais*, permitem dispor de regras para agir. São diferentes dos saberes teóricos que se exprimem numa forma independente da ação. Estes saberes são apresentados como uma via para realizar a ação, descrevem os procedimentos, os métodos e os modos de ação como, por exemplo o método de resolução de problemas.

Os *saber-fazer processuais*, são o resultado de um processo de operacionalização dos saberes teóricos e dos saberes processuais, por exemplo as aulas teórico-práticas, simulação do real, etc.

Os *saber-fazer experienciais*, são os saberes que se mobilizam para desenvolver a ação e, por conseguinte, para o desenvolver é necessário promover experiências práticas que concretizem e permitam mobilizar os outros conhecimentos, adquire-se ao longo do tempo e deriva numa prática refletida.

Os *saber-fazer sociais* têm como objetivo o conhecimento dos locais das práticas, dos comportamentos esperados, das normas, atitudes, valores e qualidades pessoais necessárias ao exercício da profissão de enfermagem. Este saber-fazer social, engloba três tipos de conhecimentos: os comportamentos sociais e profissionais, as atitudes relacionais e de comunicação e as atitudes éticas.

Considera-se também a opinião de Zarifian (1999) ao referir as *competências sociais*, que inclui o saber ser, as atitudes que sustentam os comportamentos das pessoas; o autor identifica três domínios destas competências: autonomia, responsabilização e comunicação. Este leque de competências, se adquiridas ajuda o enfermeiro de cuidados gerais a prestar cuidados ao utente e família.

Partindo do conceito de que a competência só se expressa na ação, ninguém é previamente competente ao acto. Os estudantes podem ter desenvolvido os saberes, os comportamentos e atitudes mas, só perante determinada situação, num determinado contexto, poderão mostrar que são competentes a dar resposta a determinado problema

de enfermagem, pelo que o ensino clínico é uma dimensão essencial da formação de estudantes de enfermagem. Os estudantes de enfermagem, e de outras profissões, vão adquirindo um leque de competências ao longo do curso de licenciatura e durante a vida profissional, que se desenvolvem em contextos do cuidar. A conjugação de diferentes situações de aprendizagem pode propiciar a transformação do conhecimento em competências, mas esta transformação, só acontece em contexto profissional específico, no caso dos enfermeiros nas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Uma questão que emerge formular é: Como aprendem os profissionais de saúde a cuidar e desenvolvem as competências necessárias para dar resposta à missão das organizações onde trabalham e ao seu projeto de desenvolvimento profissional? A esta questão Le Butterf (1995) procurou dar uma resposta que esquematizamos no quadro nº 3.

Quadro 3. Processo de desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações.

<b>Tipo</b>	<b>Função</b>	<b>Como desenvolver</b>
Conhecimento teórico.	Entendimento. Interpretação.	Educação formal e Continua.
Conhecimento sobre os procedimentos.	Saber como proceder.	Educação formal e experiência profissional.
Conhecimento empírico.	Saber como fazer.	Experiência profissional.
Conhecimento social.	Saber como comportar-se.	Experiência social e profissional.
Conhecimento cognitivo.	Saber como lidar com a informação, saber como aprender.	Educação formal e continua, e experiência social e profissional.

Fonte: Le Boterf (1995)

A aprendizagem situa-se a vários níveis: individual, coletiva ou de grupo e organizacional. A *nível do indivíduo* o processo de aprendizagem ocorre primeiro na pessoa, que é um sujeito interativo carregado de emoções positivas ou negativas e que percorre diversos caminhos. A *nível do grupo* a aprendizagem pode ocorrer num processo de socialização. É preciso identificar o modo como o grupo aprende, como combina os conhecimentos e as crenças individuais, interpretando-as e integrando-as em saberes coletivos partilhados; o desejo de pertencer ao grupo pode constituir por si só um elemento motivacional no processo de aprendizagem. A *nível da organização* o processo de aprendizagem individual, de compreensão e interpretação partilhadas pelo grupo torna-se institucionalizado e expresso em diversos artefactos organizacionais.

As organizações, como refere Fleury e Fleury (2001), têm sistemas cognitivos e memórias, desenvolvem rotinas, procedimentos relativamente padronizados para gerir os problemas internos e externos. As rotinas fazem parte da memória organizacional o processo de aprendizagem numa organização envolve não só a elaboração de novos mapas cognitivos que ajudem a compreender o ambiente organizacional como a elaboração de comportamentos que comprovam a aprendizagem do sujeito.

Como se situam as aprendizagens, em que níveis? Como se processa a hierarquia de aquisição de competências? Vários autores debruçaram-se sobre o assunto: Le Boterf (1995); Lyles (1999); Benner (2004). Na aquisição de competências na organização Lyles (1999), citado por Fleury e Fleury (2001), diferencia dois níveis de aprendizagem: o *nível mais baixo*, ou seja, o de conhecimento explícito, resultante de repetições e rotinas e que pode ser explicado e codificado; e o conhecimento de *nível mais elevado* que envolve o ajuste de crenças de normas, de valores o que resulta em novos quadros de referência, novas habilidades, podendo inclusive a pessoa ter de eliminar ou desaprender coisas que fizeram sucesso no passado e posteriormente tornaram-se obsoletas.

A formação inicial de enfermeiros prepara-os para um processo de construção de saberes que se prolonga ao longo da vida, pelo que as aprendizagens surgem em diferentes momentos da vida profissional. Benner (2001) tendo por base o modelo de aquisição de perícia de Stuart e Dreyfus (1982) aplica este modelo e desenvolve a teoria do cuidado ético em enfermagem. Os enfermeiros, segundo esta teoria, serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximos estiverem dos padrões de excelência definidos previamente. A excelência no exercício só é conseguida quando praticada. A autora verificou que nenhum profissional começa como perito e que passa por cinco níveis de experiência: o *principiante*, ou *iniciado*, é o que não possui experiência de situações onde irá desenvolver a sua ação; o *iniciado avançado*, evidencia alguma capacidade de desempenho aceitável devido a uma pequena experiência profissional; o nível de *competente*, só é conseguido quando o enfermeiro desenvolve ações em função de objetivos de longo alcance; o *proficiente*, percebe as situações globalmente em vez de ser só em função de aspetos isolados. Finalmente o *perito* não só apreende as situações numa perspetiva global mas, ao contrário da enfermeira proficiente, não exclui outras possibilidades alternativas, afasta-se do

método analítico agindo de modo intuitivo. O quadro 4 compara os diferentes níveis de aquisição de competências na perspetiva de Benner e de Le Boterf (2001).

Quadro 4. Níveis de competências definidas por Benner e por Le Boterf

Níveis de competência	
Benner (2001) Adaptado do ( <i>modelo de Dreyfus &amp; Dreyfus</i> )	Le Boterf (2001)
Iniciado (noviço)	Novato
Principiante avançado (iniciante)	
Competente	
	Profissional experiente
Profissional notável (proficiente)	
Perito	Perito

Fonte: Le Boterf (2001)

Consideramos que o modelo de aquisição de perícia de Stuart e Dreyfus (1982) adaptado para a enfermagem por Benner (2001), só é conseguido se orientado para uma prática reflexiva. A prática dos cuidados vai para além do saber teórico ou técnico, é uma fonte de novos dados e novos saberes que vão enriquecendo qualquer teoria.

É necessário organizar a informação em torno de experiências significativas e pessoais, conduzir o enfermeiro dos aspetos familiares para os não familiares e ajudá-lo a desenvolver a capacidade de conceptualizar.

Quando se refere a experiência, Benner não está a referir-se só à passagem do tempo, mas à capacidade de melhorar teorias e noções pré concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances, ou diferenças subtis à teoria, enquanto esta oferece o que pode ser explicado e formalizado. A prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria. Em sentido amplo, experiência é tudo o que se constitui na vida, na confrontação com o real, constrói-se tanto na intimidade individual como coletiva e pode englobar, entre outros, aspetos emocionais e intelectuais. Segundo Couceiro (2000) a experiência é o contacto direto com uma dada realidade, um contacto direto consigo mesmo, com o mundo subjetivo, com os outros, ou com os acontecimentos da vida das pessoas.

A autora salienta que “as estudantes não são as únicas iniciadas; todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhe forem familiares” (Benner, 2001, p. 50). A diferença entre um perito e um novato, na opinião de

Weinstein (1989, cit. in Bevis & Watson, 2005, p. 229), não é apenas “a quantidade de conhecimento que possuem, mas o modo como o conhecimento é organizado. É a diferença entre armazenar cem pastas atirando-as para o meio da sala, ou guardá-las em estantes de maneira organizada.”

Na lógica de aquisição de competências, por parte dos estudantes de enfermagem, que os cursos de licenciatura estão estruturados. Pretendem dotar os licenciados de competências que lhes possibilite prestar cuidados gerais. A competência do enfermeiro de cuidados gerais aprovado pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 18) refere-se a “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”. Considera três domínios: a prática profissional, ética e legal; a prestação e gestão de cuidados e o desenvolvimento profissional. O quadro 4 sintetiza os três domínios com várias categorias de competências.

Quadro 5. Domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais

<b>A – Prática profissional, ética e legal</b> A. 1 - Responsabilidade A. 2 - Prática segundo a ética A. 3 - Prática legal	<b>C – Desenvolvimento profissional</b> C. 1 - Valorização profissional C. 2 - Melhoria da qualidade C. 3 - Formação contínua
<b>B – Prestação e gestão de cuidados</b> B. 1 - <i>Princípios chave da prestação e gestão de cuidados</i> B. 1. 1 - <i>Prestação de cuidados</i> B. 1. 1. 1 - A promoção da saúde B. 1. 1. 1. 2 - Colheita de dados B. 1. 1. 1. 3 - Planeamento B. 1. 1. 1. 4 - Execução B. 1. 1. 1. 5 - Avaliação B. 1. 1. 1. 6 - Comunicação e relações interpessoais	B. 1. 2 - <i>Gestão de cuidados</i> B. 1. 2. 1 - Ambiente seguro B. 1. 2. 2 - Cuidados de saúde interprofissionais B. 1. 2. 3 - Delegação e supervisão

Fonte: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 18)

Estas categorias por sua vez desdobram-se em enunciados que se explicitam em 96 competências específicas para o enfermeiro de cuidados gerais. “As práticas de enfermagem devem ser ancoradas nas seguintes estratégias: julgamento profissional, relação de ajuda, comunicação terapêutica, reflexão crítica, empoderamento e trabalho em equipa” (Abreu, 2007, p. 12).

## Síntese

Nesta etapa da revisão da literatura pretendeu-se focar a problemática da pesquisa de modo a contextualizar o problema de partida, como refere Afonso (2005, p. 50) trata-se de “contextualizar a investigação num triplo plano: político e social, teórico e metodológico”.

No plano político social trata-se de contextualizar o fenómeno da morte e dos processos de morrer ao longo da história do ocidente e o modo como a sociedade burguesa e capitalista vem modificando a vivência do fenómeno, desde o fim do século XIX. Referem-se também, as políticas de saúde e sociais que pretendem organizar-se em torno das necessidades dos cidadãos e dos indicadores de saúde, sociais e demográficos que caracterizam as sociedades pós modernas.

No plano teórico a revisão da literatura forneceu subsídios para definir o traçado metodológico e as linhas estruturais em que o problema vai ser concetualizado. Tendo em conta a representação social da morte como um tabu é necessário reconfigura-la e aprendermos a lidar com ela. Se não existe uma aprendizagem social, urge pelo menos, desenvolver aprendizagens profissionais para os que lidam no quotidiano com pessoas em diferentes etapas do ciclo de vida e de processos de transição de saúde, doença e morte.

No plano da contextualização metodológica pretendeu-se situar a investigação na ‘*geografia da pesquisa*’ realizada em torno desta problemática, identificando pistas de investigação que permitam orientar a pesquisa numa de várias direções possíveis. Neste caso a opção por investigar o cuidar das famílias em processo de perdas e elaboração de lutos, concomitante com o cuidar do moribundo, pareceu ser uma área pouco abordada e de vital importância nos processos de transição das famílias e das pessoas.

## CAPITULO II

### METODOLOGIA DO ESTUDO EMPIRICO

*“Não acredito que haja um único design para a  
metodologia de uma investigação ...  
uma boa metodologia para um estudo,  
tal como um bom design para um barco,  
deve ajudá-lo a atingir o destino  
de modo seguro e eficiente”.*

(Maxwell, 1996)

## 1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

*“Saber que ensinar não é transferir conhecimento,  
mas criar as possibilidades  
para a sua própria construção”.*  
(Freire, Paulo, 1951)

Os profissionais de saúde são submetidos, diariamente, a situações de tensão ao cuidar de utentes com mau prognóstico. Muitos deles referem impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte (Kovács, 1998). A terminalidade é algo que incomoda, uma vez que desperta em nós a consciência da própria finitude, daí as dificuldades em lidar com o fim de vida, porque somos assolados por diferentes sentimentos, os quais nem sempre sabemos gerir.

Ao ajudar os indivíduos e famílias a viver situações de fim de vida, os profissionais de saúde nem sempre desenvolvem atitudes assertivas, podendo oscilar entre os extremos de abandonar os cuidados por considerarem que não há mais nada a fazer, ou pelo contrário, mobilizarem todos os recursos, conhecimentos científicos e meios técnicos, no sentido de combater a causa do mal, mesmo quando reconhecem o carácter incurável da doença (Pacheco, 2004).

A verificação empírica mostra que os enfermeiros e estudantes de enfermagem, em diferentes etapas do processo de desenvolvimento pessoal e profissional, referem dificuldades na interação com doentes e famílias a viverem processos de fim de vida, sendo este o problema de partida para a pesquisa. Os enfermeiros são oriundos de uma cultura onde se esconde, ou escamoteia a morte, em que os processos de fim de vida não são vividos nem partilhados como outros acontecimentos de vida, por isso não aprenderam a lidar com o processo de morrer como fazendo parte do percurso de vida.

Na prática de enfermagem verifica-se que os profissionais com alguma experiência continuam, não só a ter dificuldade em cuidar dos moribundos, mas também em comunicar com os respetivos familiares, sendo estas constatações uma inquietação da autora, pelo que a concetualização da pesquisa não estando arredada das experiências vividas, pretende construir uma análise reflexiva teoricamente contextualizada que permita explicar as especificidades do fenómeno. Como recorda Afonso (2005, p. 48) “A primeira etapa de percurso de investigação é constituída pela própria experiência e vivência pessoal e profissional do investigador”. As experiências de vida e o



conhecimento dos mundos profissionais específicos devem ser mobilizados para o trabalho de identificação de problemas e de prospeção de pistas para o questionamento, para o conhecimento das instituições, para localização de fontes, de informadores e dos participantes. Contudo, o autor adverte para a necessidade do “distanciamento experiencial do investigador em relação ao tema ou contexto, o que pode constituir uma mais-valia significativa em relação à capacidade de questionar a realidade, permitindo-lhe um olhar mais revelador e menos contaminado pela cultura organizacional” (Afonso, 2005, p. 48).

Apesar de nos últimos anos ter aumentado o número de investigações na área da tanatologia, verifica-se a necessidade de continuar a investir no estudo de diferentes aspetos do fenómeno da morte, neste caso na abordagem a partir dos processos de ensino aprendizagem para cuidar de pessoas em fim de vida, pelo que esta pesquisa exploratória-descritiva e interpretativa pretende dar subsídios para aprofundar conhecimentos nesta área. Mas, não só de importância científica se reveste esta investigação, pretende-se que os resultados contribuam para facilitar ou melhorar o processo de ensino aprendizagem e particularmente a qualidade do ensino de enfermagem no que se refere a prestação de cuidados a pessoas e famílias a viverem processos de fim de vida de modo a ser útil para os elementos envolvidos neste processo: estudantes, docentes e tutores do ensino clínico.

Partindo destas premissas elaboramos as questões de investigação que, na opinião Talbot (1995), citado por Fortin (1999, p. 101) “são as premissas sobre as quais se apoia o resultado da investigação. São enunciados interrogativos, precisos, enunciados no presente que incluem habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”. As questões de investigação são utilizadas nos estudos exploratórios, sendo mais precisas que o objetivo de onde derivam. Na abordagem qualitativa privilegiam-se as questões mais gerais, em vez de definir relações entre as variáveis, salienta a autora.

Pretende-se responder à seguinte questão: *“Como aprendem os estudantes de enfermagem a cuidar de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida?”*

Para dar resposta a esta questão estrutural elaboramos outras coadjuvantes que contribuíram para nortear a investigação e formular o instrumento de recolha de informação:

Que representações têm os participantes da morte e do morrer?

Que tipo de experiências têm no processo de cuidar em fim de vida?

Que fatores contribuíram para os capacitar a cuidar de pessoas e de famílias a viver processos de fim de vida?

Como decorreu o processo de aprendizagem de cuidar pessoas em situação de morte próxima?

Que estratégias de ensino aprendizagem, consideram mais adequadas para aprender a lidar com o fenómeno?

Como percecionam a formação em enfermagem para o cuidar em fim de vida?

Que competências a adquirir, ou a desenvolver, para cuidar de pessoas e de famílias a viver processos de fim de vida?

Estas questões contribuíram para elaborar uma metodologia de trabalho que permitiu caracterizar o modo como os diferentes atores aprendem a lidar com este fenómeno, no desempenho da profissão. Para tal delineamos os seguintes objetivos que nortearam o percurso da pesquisa:

Caracterizar as perspetivas sobre a morte e o morrer dos diferentes atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem: estudantes, docentes e enfermeiros tutores dos estudantes nos ensinos clínicos.

Caracterizar o modo como os intervenientes percecionaram o processo de aprendizagem para cuidar de doentes e familiares a viverem processos de terminalidade.

Conhecer as estratégias usadas pelos docentes e pelos enfermeiros tutores da prática clínica, no processo de ensino aprendizagem dos estudantes, para cuidar em fim de vida.

Identificar os fatores facilitadores e inibidores do processo de ensino aprendizagem para cuidar em fim de vida.

Refletir sobre o desenvolvimento de competências durante o processo de ensino aprendizagem, para prestar cuidados a utentes em fim de vida e às suas famílias.

Para atingir os objetivos a abordagem deste estudo ancorou na metodologia qualitativa, partindo dos conceitos de pertinência sócio profissional de Van der Maren (1987) citado por Hebert, Goyette e Boutin (2005) “As teorias de âmbito pedagógico são, pois qualitativas: elas são quer normativas, quer prescritivas-normativas e, quando pretendem esclarecer uma situação, são compreensivas”, (p. 89). Salientando que “os dados sobre os quais as investigações no campo da educação podem incidir, raramente

são dados métricos: consistem na maior parte das vezes, em textos, produções escritas de alunos, transcrições de interações entre docentes e discentes”, (p. 88). Sendo os três principais campos de interesse, pertinentes em relação à investigação interpretativa no campo da educação: “a natureza da sala de aula como meio social e cultural organizado para a aprendizagem; a natureza do ensino e a natureza e o conteúdo das *perspetivas - significados* do docente e do discente como componentes intrínsecos do processo educativo,” (Erickson 1986, citado por Hebert, Goyette & Boutin, 2005, p. 42). Tendo em conta o processo de ensino aprendizagem para capacitar os estudantes a lidar com a finitude da vida, iremos desenvolver um estudo de natureza qualitativa em que recolhemos informação junto dos principais intervenientes no processo: estudantes do CLE, docentes e enfermeiros tutores dos estudantes em ensino clínico de uma escola pública de enfermagem da região sul do país.

Há vários critérios que ajudam a orientar as opções metodológicas de uma pesquisa, seguimos a opinião de Miguélez (1999) que aponta para a natureza e magnitude pretendida com o estudo. Tendo em conta as características da questão estrutural e das questões norteadoras, pretendemos um estudo em profundidade de uma realidade dinâmica, em transformação, com uma estrutura complexa, onde se pretende conhecer os atores, o sistema de relações que estabelecem e os significados que atribuem ao percurso de aprendizagem. Partindo de tais pressupostos não seria adequado relacionar variáveis de amostras aleatórias, obtendo uma fotografia plana ou submeter dados a um tratamento estatístico, onde as opiniões de um sujeito ficariam mescladas com os outros numa espécie de ‘*tritramento cego*’. Seguimos outro critério deste autor, quando refere que os estudos podem inserir-se num percurso de ‘*compreensão ideográfica*’, com conceitos e estruturas qualitativas de alguma complexidade e extensível a poucas pessoas, afastando-se dos estudos em abrangência do paradigma qualitativo, em que a partir de um elevado número de pessoas generalizam os resultados e criam dedutivamente uma lei ou uma teoria.

Partimos do pressuposto de que uma pesquisa de abordagem qualitativa, é realizada num movimento contínuo de fases interligadas. No entanto, ainda que tais fases se entrelacem numa dinâmica de idas e vindas, preservam-se, em cada uma dessas, características e objetivos singulares, seguimos Minayo (1998) que refere três fases: a) a fase *exploratória*, na qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema de investigação; b) fase de *recolha de informação* sobre o problema, e c) fase de *análise e*

*interpretação* dos materiais recolhidos que é determinante na elaboração dos resultados da pesquisa. Embora não haja uma única forma de tipificar, organizar e interpretar os dados nas pesquisas qualitativas, podemos referir dois grandes grupos definidos por Trinidad, Carrero e Soriano (2006) que apontam para a *análise estrutural*, que inclui a análise do discurso, etnográfica da comunicação, etnociência, análise estrutural de eventos e etnografia estrutural e a *análise interpretativa*, mais orientada para o significado, o que implica descobrir regularidades, identificar categorias, propriedades e suas ligações, com o objetivo de gerar hipóteses teóricas e poder construir teoria.

Dada a importância da metodologia em qualquer investigação, este capítulo refere a pertinência e o enquadramento do estudo, descreve as opções metodológicas a adotar de modo a encontrar as melhores resoluções e a minimizar possíveis enviesamentos, define as características do estudo, a população alvo, o modo de selecionar os participantes, os instrumentos utilizados, os procedimentos na recolha e no tratamento da informação, tendo o cuidado de respeitar os aspetos éticos inerentes a cada etapa da pesquisa.

## 1.1. TIPO DE ESTUDO

*“A metodologia está para a investigação assim como o sujeito está para o conhecimento”.*  
(Abreu, Wilson, 2003)

No sub capítulo anterior fez-se a síntese do enquadramento conceptual que sustenta a problemática formulada, neste descreve-se a metodologia do estudo, que segundo Fortin (1999, p. 372) “(...) é o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Tendo por base o modo como os estudantes e os profissionais que a exercem, ou ensinam enfermagem, aprenderam a cuidar em fim de vida, a abordagem do fenómeno é ancorada nas ciências da educação e nas ciências de enfermagem. Neste pressuposto entende-se educação como um setor específico da atividade humana, no seio da qual se produzem questionamentos particulares, objetos de estudo e narrativas próprias. A educação como atividade humana é um campo de estudo onde se cruzam múltiplos olhares, que vão da sociologia à psicologia, da história à economia, da ciência política à demografia, sendo neste registo as ciências da educação entendidas como o resultado da interpenetração e entrelaçamento de múltiplos discursos científicos, ora convergentes, ora antagónicos (Afonso, 2005).

No campo da investigação em ciências da educação Hebert Goyette e Boutin (2005) consideram que o processo nomotético, que situa a investigação no contexto da prova, com planos experimentais, revela-se inadequado no âmbito escolar, não só devido à singularidade das situações educativas, mas também pela interferência de outras variáveis e por questões deontológicas. A investigação no campo da educação “difícilmente é verificativa, porque não se pode submeter às exigências de uma perspectiva quantitativa. Se se pretender que a investigação seja consistente com as características do objecto e com os obstáculos do campo, ela será sobretudo explorativa-compreensiva” Van der Maren, s.d., p. 2, cit in Hebert, Goyette & Boutin, 2005, p. 98).

A enfermagem enquanto ciência tem-se desenvolvido numa estrutura particular de referência e, portanto, num tipo particular de conhecimento, que nem sempre se enquadra no tradicionalmente preconizado ‘*conhecimento científico*’. Como refere Waldow (1998) é frequente, na enfermagem, os profissionais depararem-se com situações que requerem reflexão e tomada de decisões para as quais não há

propriamente respostas científicas, mas outras formas de conhecimento que provêm do *insight* e da compreensão. Os padrões de conhecimento na enfermagem, que incluem, entre outros, os componentes estético, ético e pessoal, têm em comum a percepção e a intuição. Há contudo um outro elemento que surge como pré-condição para esses padrões de conhecimento, que é a experiência (Waldow, 1998).

As teorias de enfermagem, como referem Chinn e Kramer (1995), englobam outros padrões de conhecimento não só empírico, mas que inclui crenças e valores. Esta profissão, como outras cujo ofício estabelece relações com os clientes, têm em conta na opinião de Waldow (1998), a pessoa que é o profissional e as pessoas com quem interagem, assim como os '*insight*' que resultam da arte de enfermagem e fazem parte da profissão que se apropria de conhecimentos de outras áreas.

A enfermagem é uma ciência humana que não pode estar limitada à utilização de conhecimento relativo às ciências naturais, porque cuida de pessoas que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivados e tão pouco considerados como elementos separados (Watson, 1988). Os enfermeiros veem as pessoas como seres totais, que possuem família, cultura, têm uma história de vida e perspetivam um futuro, possuem crenças e valores que as influenciam nas experiências de saúde e doença. A natureza do cuidar (ontologia) e o seu conhecimento (epistemologia) têm sido alvo de interesse e as pesquisas em enfermagem têm incluído os aspetos éticos, estéticos e pessoais, além do empírico, sendo o cuidar unificador e integrador dos vários padrões do conhecimento (Waldow, 1998).

Nas ciências humanas para que o conhecimento não fique '*despojado das suas próprias raízes*', deverá ser enquadrado no seu contexto social, com valores, crenças, interesses, propósitos, sentimentos e outras variáveis que determinam a sua existência, como refere Miguélez (1999) ao recordar que Max Weber, no início do século XX, foi dos primeiros sociólogos a sugerir esta perspetiva de análise, com o termo '*verstehen*', em substituição de '*erklären*' que se pode traduzir por explicação reduzida a leis mecanicistas, e apropriada a fenómenos naturais e não a fenómenos humanos, que devem ser estudados com métodos mais abrangentes, sistémicos, estruturais, capazes de se sintonizar com a complexidade do fenómeno.

A arquitetura do estudo ora sustentado nas ciências da educação, ora nas de enfermagem foi-se desenrolando em diversas fases que se interligaram e sucederam

cronologicamente, embora com algumas sobreposições resultantes da dinâmica do processo.

O desenho da pesquisa que é “a estrutura geral ou plano de investigação de um estudo, isto é, se ele é experimental ou descritivo e qual o tipo de população” (Ribeiro, 1999, p. 41). O desenho deve expressar “uma visão prospetiva, descritiva e argumentativa sobre o modo como o investigador imagina que a estratégia de investigação selecionada pode ser eficazmente posta em prática, nas circunstâncias concretas do estudo empírico que é proposto” (Afonso, 2005, p. 58).

Neste caso optou-se por uma abordagem que responde a questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencendo a determinada condição, com crenças, valores e significados, como refere Minayo (2008). Esta abordagem aproxima-nos da realidade dos participantes, embora saibamos que esta é muito mais complexa do que o que possa transparecer para o estudo. A metodologia qualitativa pretende captar e reconstruir o significado de uma realidade, tendo estas pesquisas, como refere Olabuénaga (2007) as seguintes características: utiliza conceitos, metáforas, narrativas e descrições, a linguagem é concetual e metafórica; as técnicas que usam para recolher a informação são não só estruturadas, mas flexíveis; não parte de teorias ou hipóteses prévias, pelo contrário parte de dados e os seus procedimentos são mais indutivos e menos dedutivos, para chegar à teorização; não tem orientação particularista, mas holística e concretizadora de um contexto, caso ou grupo particular, não podendo generalizar as conclusões.

A expressão ‘*investigação qualitativa*’ abrange um conjunto de abordagens com diferentes designações para distintos investigadores, Strauss e Corbin, (1990) consideram que “os métodos qualitativos devem ser utilizados para descobrir e compreender o que está por trás de cada fenómeno sobre o qual pouco, ou nada se sabe (...) e permite conhecer os pormenores complexos do fenómeno, difíceis de descobrir com os métodos quantitativos” (1990, p. 19). No entanto é difícil definir o que é a *investigação qualitativa* porque nela se cruzam um conjunto complexo de assunções, conceitos e termos inter-relacionados, na opinião de Denzin e Lincoln (2000) a investigação qualitativa tem subjacente uma perspetiva multimétodo, porque não privilegia uma única metodologia, nem há uma teoria ou paradigma que sejam exclusivamente seus.

A metodologia qualitativa é utilizada em estudos que contextualizam o conhecimento, utilizando o próprio processo de construção de conhecimento como uma dimensão importante a considerar (Fernandes & Maia, 2001). Esta suporta-se em várias crenças: uma é a de que a produção de conhecimento depende do investigador, que deve incorporar e assumir na produção científica a sua subjetividade; outra é a de que os relatos seguem regras e tradições não sendo por isso isentos de valores, podendo não ser objetivos.

A questão da objetividade versus subjetividade alimenta o debate tradicional dos defensores das abordagens quantitativas ou qualitativas. A primeira pressupõe-se objetiva, porque utiliza critérios bem definidos relativamente à amostragem e aos processos de tratamento e análise de dados, baseados na matemática analítica da estatística e da categorização lógica. Contrariamente, as abordagens qualitativas são referidas como padecendo de deficit de objetividade, porque se centram em contextos singulares e nas perspetivas dos participantes (Afonso, 2005).

O conceito de objetividade científica, está tradicionalmente ancorado aos procedimentos do método experimental e corresponde a um conceito restritivo da ciência. Enquanto uma conceção mais alargada abrange muitas abordagens metodológicas. Como salienta Afonso (2005, p. 14) “A investigação qualitativa preocupa-se com a recolha de informação fiável e sistemática sobre aspetos da realidade social usando procedimentos empíricos com o intuito de gerar e inter-relacionar conceitos que permitam interpretar essa realidade”.

Propomos analisar as perspetivas sobre o processo de ensino aprendizagem na ótica dos intervenientes, que são informadores previligiados pelo conhecimento e significado que atribuem à sua realidade. “Os investigadores qualitativos preocupam-se com aquilo que se designa por perspetivas participantes” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 50). Os investigadores, questionam os participantes com o objetivo de perceber o que eles experimentam, o modo como interpretam as suas experiências e o modo como estruturam o mundo social em que vivem, referem estes autores. Neste caso pretende-se conhecer a experiência dos participantes enquanto aprendentes a cuidar de pessoas em fim de vida, no desempenho da profissão de enfermagem e o modo como foram adquirindo competências em diversos domínios, para lidar com a finitude e



posteriormente participar no processo de ensino aprendizagem dos pares e dos estudantes.

Esta pesquisa insere-se nos estudos naturalistas descritivos, exploratórios, de abordagem qualitativa. “Os estudos naturalistas caracterizam-se por investigar situações concretas existentes e identificáveis pelo investigador, sem intervenção, em termos de manipulação de variáveis, podendo estas assumir três tipos: descritivas, de correlação e causais (Afonso, 2005, p. 43).

De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenómeno ou de uma experiência. Neste caso “(...) o investigador não intervêm. Antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem, naturalmente sem a sua intervenção, e quais os efeitos nos sujeitos do estudo. Estes podem ser descritivos ou analíticos” (Ribeiro, 1999, p. 41).

Os estudos descritivos abarcam aspetos gerais sobre um contexto social, permitindo um nível de análise que possibilite ligar diferentes partes de um fenómeno, além da sua ordenação e classificação. Do mesmo modo, possibilitam explicar as semelhanças entre causa e efeito dos fenómenos, ou seja, “analisar o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento dos fenómenos (...) permite ao pesquisador obter uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenómeno” (Oliveira, 2002, p. 114).

A pesquisa descritiva pretende obter dados de determinadas características ou elementos do facto, fenómeno ou problema, pretende expor, com precisão, os factos de uma realidade e exige do pesquisador várias informações sobre o que se pretende estudar e uma concisa demarcação de técnicas, métodos, modelos e teorias que nortearão a recolha e a interpretação dos dados (Leopardi, 2002).

## 1.2. PARTICIPANTES NO ESTUDO

*“As nossas dúvidas são traidoras e fazem-nos perder o bem  
que poderíamos conquistar se não fosse o medo de errar”*  
(William, Shakespeare, s.d.)

Definidas as finalidades, os objetivos do estudo, as questões de partida, o tipo de abordagem e a população alvo, há que selecionar o tipo de amostra. Importa lembrar que, nos estudos qualitativos, a amostragem não obedece a critérios numéricos, mas à possibilidade de permitir analisar e entender uma situação (Minayo, 2008). A generalização a que se aspira num estudo qualitativo diz respeito a possibilidades de compreensão do fenómeno em estudo, aprofundando a informação, o que leva o investigador a preocupar-se menos com a quantidade de pessoas entrevistadas e mais com as estratégias para obter as informações necessárias. Como salienta Minayo (2008, p. 197) “o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de grupo social, de uma organização, de uma instituição, ou de uma representação”. Sendo o critério da amostra não baseado em números, mesmo havendo a necessidade de se explicar a delimitação da quantidade de entrevistas. O que se procura perceber, é mais a conexão das várias dimensões ligadas ao objeto a investigar, refere este autor.

Na pesquisa qualitativa a amostra intencional, também designada por proposital ou deliberada, é na opinião de Turato (2010) uma escolha particular para a inclusão de sujeitos no estudo, isto é, o investigador determina quais os sujeitos que farão parte do seu estudo, segundo os pressupostos de trabalho definidos, “(...) ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam, na sua perspetiva enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta” (Turato, 2010, p. 357). A mesma opinião é partilhada por Streubert e Carpenter (2002, p. 26) referindo que na amostra intencional ou teórica “pretende entrevistar pessoas que tenham experiência na cultura ou no fenómeno de interesse”. Sendo preocupação dos investigadores desenvolver “uma descrição rica e densa da cultura ou fenómeno, em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos”.

Considerando os pressupostos da investigação educativa, que na opinião de Goetz e Le Conte (1988) devem centrar-se na descoberta do que acontece no quotidiano, através da

recolha de dados significativos, de forma descritiva, para os poder interpretar e compreender, de modo a posteriormente intervir no nicho ecológico que são os contextos da aprendizagem.

Para estudar o problema de investigação escolhemos uma triangulação de atores: os estudantes de enfermagem, os docentes de enfermagem e os profissionais de enfermagem tutores dos estudantes nos ensinos clínicos. Em investigação há alguma dificuldade em definir o significado claro para o termo triangulação, resultante do uso metafórico da palavra, visto que representa um conceito direto no seu quadro inicial de referência da geometria e carrega uma ambiguidade sistemática quando transferida para o reino de métodos de pesquisas sociais. O significado de triangulação tem emergido ora como um processo cumulativo de validação ou com o significado de produzir uma imagem mais completa do fenómeno investigado.

Vários autores, dos quais citamos: Patton (1990); Bogdan e Bicken (1994) e Afonso (2005) consideram que a triangulação pode tornar um plano de investigação mais ‘sólido’. Nos paradigmas qualitativos a investigação pode revelar múltiplas dimensões que compõem a realidade em estudo, na perspetiva de Vieira (1999) o conceito de triangulação emerge como a combinação de pontos de vista, métodos e materiais empíricos que, no seu conjunto, constituem uma estratégia adequada para acrescentar rigor, amplitude, profundidade. A complexidade dos fenómenos, o pluralismo das abordagens e a ambiguidade da comunicação é incontornável, mas como refere Afonso (2005, p. 73) “A utilização da triangulação permite enfrentar este problema, controlando a validade dos significados expressos nas narrativas, descrições e interpretações do investigador”.

Há vários tipos de triangulação, Denzin (1998), Vieira (1999) e Miguélez (2006) referem quatro modos de fazer a triangulação: de metodologias, de teorias, de investigadores e de dados, suportamo-nos neste último ao mobilizar diferentes fontes de informação para o mesmo estudo. Ao usar um, ou vários tipos de triangulação, pretende-se atingir dois objetivos complementares: clarificar o significado da informação recolhida, reforçando ou pondo em causa a interpretação já elaborada; identificar significados complementares ou alternativos que expliquem melhor a complexidade do fenómeno em estudo (Afonso, 2005).

As perspetivas pós-modernas sugerem que a objetividade de determinada realidade, ou fenómeno nunca pode ser alcançada. Tal como as várias leituras de um texto podem

conduzir a diferentes interpretações, sem nenhuma versão assumir uma interpretação privilegiada, nos atuais paradigmas salienta-se a ideia de que a investigação pode ser reveladora das múltiplas dimensões que compõem a realidade em estudo. Assim, a triangulação afasta-se da ideia de convergência e começa a ser concebida como potencialmente geradora de múltiplas perspetivas (Seale, 2000). “A combinação de pontos de vista, métodos ou materiais empíricos diversificados é pois uma estratégia para acrescentar rigor, amplitude e profundidade à investigação” (Denzin & Lincoln, 2000, p. 5). Este estudo sobre a aprendizagem do cuidar em fim de vida, ficaria incompleto se interpelássemos só um grupo de intervenientes. Pareceu desejável conhecer a opinião dos que aprendem, dos que ensinam e dos que praticam a enfermagem.

## **Estudantes**

Foram selecionados estudantes do 4º ano, no último semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), por se encontrarem no final do primeiro ciclo de formação em enfermagem e poderem apreciar de forma retrospectiva os aspetos relacionados com o processo de aprendizagem e as dificuldades sentidas, bem como as estratégias desenvolvidas para adquirir competências no cuidar em fim de vida. A amostra foi de ‘*conveniência*’, como refere Carmo e Ferreira (1998, p.197) “utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível, ou um grupo de voluntários, (...) cujos resultados não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo, mas do qual se poderão obter informações preciosas.”

O convite aos estudantes do referido curso foi feito, em parte, por intermédio de alguns professores que em sala de aula divulgavam a intenção da pesquisa. Porém, foi através da divulgação feita ‘*boca a boca*’ pelos estudantes que se foi construindo o primeiro grupo de participantes, sendo no contacto inicial agradecida a voluntarização e agendada a entrevista, marcada a hora e a sala, nas instalações da escola de acordo com as suas disponibilidades.

Inicialmente, um dos critérios de inclusão no estudo era que o estudante tivesse ao longo do curso experenciado situações de cuidar em fim de vida, mas na reflexão feita durante a recolha de informação, consideramos que a opinião dos que não tiveram essa oportunidade era importante numa pesquisa desta natureza, isto é, exploratória.

Os estudantes que participaram neste estudo tinham as seguintes características: 4 eram do sexo masculino e 16 do feminino, 1 divorciado e os restantes 19 solteiros, a média de idades situava-se nos 23,7 anos e a amplitude de variação dos 21 a 36 anos. Tiveram experiência de lidar com a morte anterior ao curso 11 estudantes. Durante os ensinamentos clínicos 4 não tiveram experiência de cuidar pessoas em fim de vida. Dos 16 que tiveram essa experiência, 4 experienciaram no 1º ano e 11 no 4º ano. Os 6 que referem que tiveram mais que uma experiência, estas ocorreram em momentos diferentes, no 2º e no 4º ano.

## **Docentes**

Para completar a recolha de informação foi solicitado aos estudantes que indicassem quais as Unidades Curriculares (UC) de opção, ou de estrutura fixa do curso, que mais contribuíram para a sua formação nesta área do cuidar e quais os serviços de saúde onde tinham ocorrido experiências significativas no decurso dos ensinamentos clínicos. Deste modo foi-se construindo a lista dos participantes seguintes, respetivamente docentes e tutores, a partir dos informantes iniciais. Como refere Carmo e Ferreira (1998, p. 199) “a amostra cresce como uma bola de neve. Frequentemente esta forma de seleccionar é utilizada, quando se torna impossível obter uma lista completa dos elementos da população que se quer estudar.”

Foram seleccionados docentes de enfermagem da mesma escola pública dos discentes para relatarem a representação sobre o fenómeno, as experiências que tiveram, as aquisições que foram adquirindo ao longo da vida o modo como abordam esta área do cuidar e as estratégias pedagógicas que utilizam para ajudar os estudantes no desenvolvimento de competências para cuidar em fim de vida. A escolha obedeceu a dois critérios: Na primeira fase foram seleccionados os professores que lecionavam UC que, na opinião dos estudantes, mais contribuíram para a sua formação, nesta área do cuidar. Na segunda fase foi seleccionado pelo menos um professor de cada departamento que orienta ensinamentos clínicos onde se cuida de pessoas em fim de vida. Deste modo excluíram-se à partida os docentes dos departamentos de: Saúde Materna, Administração em Enfermagem, Educação em Enfermagem, Metodologias de Investigação em Enfermagem, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, porque

habitualmente não orientam ensinios clínicos onde ocorrem experiências de cuidar pessoas em fim de vida.

Os 12 docentes seleccionados estavam distribuídos pelos seguintes departamentos: Fundamentos de enfermagem (2), Saúde Comunitária (3), Enfermagem da Criança e do Jovem (2), Reabilitação (2), Enfermagem médico-cirúrgica: Adulto e Idoso (3). A maioria (11) são do sexo feminino, sendo um do sexo masculino. Quanto ao estado civil 2 eram solteiros, 4 divorciados e 6 casados. A média de idades foi de 48,3 anos e a amplitude de variação de 36 a 60 anos. A média de tempo de serviço de 25 anos e a amplitude de variação de 13 a 36 anos. O tempo na docência era em média de 15,8 anos e a amplitude de variação de 5 a 35 anos. Antes de iniciar a atividade docente integrados na carreira do ensino superior politécnico todos desempenharam a profissão de enfermagem, integrados na carreira de enfermagem, em média em 10 anos, sendo a amplitude de variação de 1 a 18 anos.

Relativamente às habilitações, 9 frequentaram o curso de enfermagem em escolas públicas de Lisboa, 1 em Coimbra e 2 em escolas privadas de Lisboa. Como títulos académicos 7 eram mestres (3 aguardavam defender a tese de doutoramento) e 3 doutores em ciências da educação e 2 em enfermagem.

Antes de iniciarem o curso de enfermagem 1 docente não teve experiência com o morrer e 11 contactaram com o fenómeno da morte na vida familiar. Durante o curso 3 não contactaram com o fenómeno da morte nos estágios.

### **Tutores do ensino clínico**

Inicialmente foram seleccionados enfermeiros dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares que trabalham em serviços de saúde onde decorreram ensinios clínicos com experiências significativas no processo de aprendizagem de cuidar em fim de vida. Posteriormente foram convidados os enfermeiros que habitualmente são tutores de estudantes do CLE da referida escola, nos ensinios clínicos do 4º ano, visto que nesta etapa os tutores podem perceber as aprendizagens que os estudantes fizeram ao longo do curso e o modo como mobilizaram diferentes saberes e construíram as competências profissionais.

O grupo profissional que participa no processo de ensino aprendizagem dos estudantes em ensino clínico é designado por uma diversidade de termos com idêntico significado,

como perceptor, coordenador, facilitador, tutor, mentor, supervisor, assessor (Rodrigues, Pereira & Ferreira, 2006). Optamos pela designação de enfermeiro tutor, uma vez que na opinião dos autores (p. 83) “o método tutorial seguido por alguém que dirige, orienta e promove soluções, é uma estratégia individualizada destinada a produzir autonomia de pensamentos, desenvolver raciocínio e a capacidade de argumentação”.

Pretendeu-se abordar neste grupo profissional, para além da representação sobre o fenómeno e das experiências vivenciadas, também os aspetos relacionados com as aprendizagens realizadas em contexto académico e com as aprendizagens experienciais feitas ao longo da vida, bem como as estratégias desenvolvidas no contexto da prática dos cuidados para os capacitar a dar resposta às necessidades dos moribundos e das suas famílias e ajudar os estudantes a aprender a cuidar, quando em ensino clínico.

Foram selecionados 12 enfermeiros, sendo 6 dos CSP que trabalham em Unidades de Saúde Familiares (USF) e em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Dos cuidados hospitalares são 6, sendo 2 dos serviços de medicina, 1 de cirurgia, 1 de cuidados paliativos e 2 de neurologia. A maioria (10) é do sexo feminino, sendo 2 é do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 1 é solteiro, 9 são casados e 2 divorciados. A média de idades é de 38,3 anos e a amplitude de variação é de 26 a 54 anos. A média de tempo de serviço é de 16 anos e a amplitude de variação é de 3 a 35 anos. São tutores de ensinamentos clínicos em média há 11,6 anos e a amplitude de variação é de 2 a 20 anos. Relativamente às habilitações 10 frequentaram o curso de enfermagem em escolas públicas de Lisboa e 2 em Coimbra. Como formação todos são licenciados em enfermagem. Habilitados só com o curso de licenciatura são 25% (3 enfermeiros), os restantes têm formação pós graduada diversa, sendo 4 especialistas numa área de enfermagem e 5 mestres em diversas áreas do saber, como saúde pública e comunitária, oncologia e controlo da dor. Há 3 enfermeiros que fizeram formação pós graduada em cuidados paliativos. Antes de iniciarem o curso de enfermagem 10 enfermeiros não tinham experiência com o morrer e durante o curso 3 não contactaram com o fenómeno da morte durante os estágios.

Após as diligências processuais e tendo em conta os procedimentos éticos o número de participantes foi de 44, que se distribuem do seguinte modo: 20 estudantes, 12 docentes e 12 enfermeiros tutores.

Os profissionais participantes no estudo (professores da escola e tutores dos ensinos clínicos) tiveram diferentes formações ao longo da vida, foram formados por diversas escolas com distintos planos curriculares e trabalharam em diferentes instituições, ou serviços, com filosofias próprias. Pelo que ao sintetizar as concepções dos entrevistados sobre o fenómeno, nem sempre foi possível explorar a multiplicidade de variáveis que envolvem os discursos dos participantes.

Havendo voluntários disponíveis interrompemos a recolha de informação quando começou a haver alguma saturação dos dados e os materiais recolhidos não constituíram novidade. Tendo em conta o princípio de saturação dos dados em que as ideias centrais dos depoimentos começaram a repetir-se, a que alguns pesquisadores, como Padak e Padak, (2008) apelidam de '*redundância*', visto que os dados obtidos em certo período passam a não apresentar novidades sobre o problema estudado, chega-se ao momento de parar e analisar o que foi alcançado. Esta técnica, segundo Turato (2010), trata do encerramento do número de participantes, suspendendo a inclusão de novos sujeitos, pois, quando os dados obtidos passam a representar prolixidade ou repetição, ou não apresentam inovação, não há mais acréscimo ou contribuição significativa para o estudo.



### 1.3. ESTRATÉGIAS E MÉTODOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

*“A grandeza de um ser humano não está no quanto ele sabe,  
mas no quanto ele tem consciência que não sabe”  
(Cury, Augusto, 2007)*

A recolha de informação necessária para realizar esta pesquisa foi feita em dois momentos. Começamos por fazer a análise da estrutura curricular do curso com base no plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem da referida escola e em documentos disponíveis online, no sítio da instituição. Seguiu-se a recolha de informação junto da população alvo, através da técnica de entrevista semiestruturada com o objetivo de obter os testemunhos dos participantes.

A entrevista semidiretiva, ou semiestruturada é uma técnica muito utilizada no campo das Ciências Sociais e Humanas (Bardin, 2004 e Ghiglione & Matalon, 2001) e que facilita o acesso à opinião de cada participante sobre o assunto em estudo, permitindo ao investigador posteriormente, mediante o leque de informações obtidas, elaborar uma visão panorâmica da problemática da pesquisa. Se por um lado, com a técnica da entrevista se pretende informação sobre a realidade, por outro, procura-se conhecer algo sobre os quadros conceptuais dos elementos constituintes desses processos. A entrevista tem como vantagem poder explorar e esclarecer as posições dos intervenientes ao longo do desenrolar do discurso, algo que não é possível com o uso de questionários. A possibilidade de se poder estar frente a frente com a pessoa, proporciona maior envolvimento do interlocutor. No entanto este frente a frente com o investigador pode acarretar algumas desvantagens, como inibição e não permitir que o entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objeto perspectivado.

A técnica da entrevista semiestruturada na opinião de Afonso (2005) situa-se num formato intermédio entre a entrevista estruturada e a não estruturada. Sendo estas geralmente conduzidas a partir de um guia orientador. O guião foi construído a partir das questões da pesquisa e eixos de análise do projeto de investigação. A sua estrutura tem um carater matricial organizada por objetivos, questões, itens ou tópicos. A cada questão podem corresponder vários itens ou tópicos que foram utilizados na gestão do discurso do entrevistado. “As perguntas fechadas devem ser utilizadas apenas quando for necessário clarificar detalhes do discurso do entrevistado” (Afonso, 2005, p. 99). Idêntica opinião é partilhada por Turato (2010) ao referir que o entrevistador introduz o

tópico e depois guia a discussão para perguntar coisas específicas, em que partes da entrevista assumem características mais estruturadas, se o entrevistador pretende obter detalhes, exemplos ou contextos, e partes menos estruturadas, quando o entrevistado explica uma ideia, um evento ou a sua experiência.

Optou-se pela realização de entrevistas semidiretivas, por ser a técnica mais adequada para “aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido” (Ghiglione & Matalon, 2001, p. 89). A entrevista semidirigida, tem como objetivos, entre outros, o de “organizar, de estruturar o pensamento” e que “as questões abordadas com o respondente permitam uma exploração aprofundada de certos temas” (Gauthier, 2003, p. 285).

As entrevistas podem ser classificadas de diferentes formas, Hébert, Goyette e Boutin (2005) sugerem duas grandes categorias: as orientadas para a resposta e as orientadas para a informação. Utilizamos a última que de acordo com os autores “(...) visa circunscrever a percepção e o ponto de vista de uma pessoa ou de um grupo de pessoas numa dada situação. Aqui, o processo pode ser mais ou menos estruturado mas, neste caso é o entrevistado que impõe o grau de estruturação” (p. 162). Este instrumento possibilita ao entrevistado a liberdade para expor as suas percepções, sem estar limitado a responder de acordo com perguntas estruturadas, mas por meio de um roteiro pré-estabelecido. “Esta técnica tem a capacidade de facilitar o afloramento de dados corrigidos de afetividade e emoção” (Barros & Lehfeld, 2003, p. 82).

Para nortear a recolha de informação, elaboramos algumas proposições ou questões orientadoras da pesquisa, e que constituíram o guião das entrevistas semiestruturadas dirigidas aos três grupos de participantes e que se encontram no Apêndice I. Este guião foi organizado em torno de cinco grupos de questões. A primeira parte destinava-se à caracterização das variáveis sociodemográficas dos entrevistados. As variáveis, sexo, idade, estado civil, nacionalidade e experiência de cuidar em fim de vida são comuns aos três grupos de participantes. Aos profissionais foram avaliadas: as habilitações; a escola onde obtiveram o diploma de enfermeiro; o tempo de serviço como enfermeiro, como docente, ou como tutor de estudantes; o local de trabalho, departamento da escola no caso dos docentes, o serviço, ou instituição de saúde, no caso dos enfermeiros. A segunda parte avaliava a percepção da morte pelo participante e a representação que têm do fenómeno. A terceira parte caracterizava a preparação para o cuidar em fim de vida e as dificuldades sentidas no processo de aprendizagem. A quarta debruçava-se sobre a

sua contribuição no processo formativo, como docente ou tutor das práticas. Os estudantes não foram questionados sobre este aspeto, sendo solicitado comentários ou sugestões para melhorar o processo formativo. A quinta parte perspetiva as competências que consideram necessárias desenvolver quer para cuidar do moribundo, quer da família. No final, para além dos agradecimentos, reiterava-se o pedido sobre a autorização de prosseguir com o material recolhido e de validar a entrevista depois de transcrita.

As entrevistas destinam-se a obter “a compreensão geral das perspetivas sobre o tópico” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 136). Pretende-se estar atento às ideias dos participantes de modo a descrever opiniões, dificuldades e sugestões que nos possibilite fazer uma interpretação e análise da problemática investigada.

Para validar a compreensão das questões, a sua lógica e sequência foram feitas três entrevistas prévias, uma em cada grupo de participantes. Foi possível melhorar a estrutura de algumas questões e sempre que necessário clarifica-las com o entrevistado. Foi, por vezes, necessário clarificar se a aprendizagem dos profissionais em relação à morte ocorreu de forma acidental (efeito perlocucionário) ou fez parte de uma formação em enfermagem. Contudo não foi possível estimar um tempo de demora média, visto que a duração dependia do envolvimento e das experiências do participante, seguindo o entrevistador o princípio da não interrupção.

As entrevistas foram todas realizadas pela pesquisadora que seguiu as recomendações de Afonso (2005, p. 99) “Durante a entrevista é necessário saber ouvir, não interromper a linha de pensamento do entrevistado, aceitando as pausas, e, em geral, aceitar tudo o que é dito numa atitude de neutralidade atenta e empática”.

Nos procedimentos de recolha, tratamento e análise da informação tivemos em conta, entre outros, os seguintes procedimentos éticos, que passamos a descrever.

Foi apresentado e aprovado o projeto ao Conselho Científico do Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. Na data do pedido ainda não havia comissão ética na referida escola de enfermagem, pelo que foi solicitada autorização prévia para realizar as entrevistas ao Conselho Técnico Científico, que autorizou, conforme Apêndice II. Estas só se realizaram após prévio contacto com os destinatários, em que foram informados dos objetivos e âmbito da pesquisa. Caso aceitassem participar foi marcada a data, hora e local da entrevista. Decorrem nas instalações da referida Escola, no 2º

semestre do ano letivo 2010-11 em gabinetes, ou salas de reuniões, sendo previamente informadas a telefonista e a rececionista que durante aquele período deveriam evitar passar chamadas telefónicas, e evitar o uso da referida sala por terceiros de modo a não perturbar o ambiente. Como salienta Turato (2010) as entrevistas devem ser planeadas de acordo com a conveniência e horário do entrevistado, bem como em locais onde não haja imprevistos, com entradas súbitas de terceiros, ou chamadas telefónicas constantes. O uso de um recinto reservado para a entrevista cria um setting ideal para manter a privacidade da relação, sendo este um cuidado essencial para manter uma conversa isenta de interferências.

No momento que antecedeu a entrevista foi explicado o objetivo do estudo, esclarecidas eventuais dúvidas, obtido o consentimento informado por escrito e a autorização para a gravação (Apêndice II). Foi assegurado o direito à recusa em qualquer das fases da prossecução da recolha de material. Houve situações em que alguns entrevistados informaram que não gostariam que um conteúdo, ou frase, figurasse na entrevista, por, na sua opinião, terem sido acutilantes, ou pouco refletidos, pelo que na sua presença foi removido esse excerto da gravação. Os conteúdos transcritos foram reencaminhados aos participantes para reapreciarem o material fornecido.

Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados obtidos. “As referências aos dados da investigação em reuniões científicas, em aulas ou em publicações, não podem, em caso algum, colocar em causa a confidencialidade dos resultados” (Almeida & Freire 2003, p. 218). Devendo esta condição ser devidamente acautelada, como salientam os autores, nas situações em que o investigador pode ter alguma ascendência sobre os próprios sujeitos. “(...) Podemos ilustrar esta situação quando o investigador profissional recorre aos trabalhadores da sua empresa, aos estudantes da sua universidade, ou aos sujeitos internados na sua clínica” (2003, p. 217).

Tivemos em conta as considerações de Turato (2010) ao salientar que é melhor não entrevistar os nossos clientes, porém se tal não pode ser evitado, deve ser-lhe dada a permissão para dizer o que realmente pensam, e não devem ser corrigidos se disserem coisas que os entrevistadores consideram erradas. O autor recorda que alguns informantes são mais prolixos que outros, sendo vital que os entrevistadores, nesta situação, mantenham um certo controlo sobre o rumo da entrevista.

Para manter o anonimato dos conteúdos expressos por cada participante, mencionaremos o referido conteúdo em *itálico*, acrescido dos códigos E1, E2, E3, En

para os estudantes; D1, D2, D3, Dn, para as entrevistas dos docentes; o código T1; T2, T3, Tn, para os profissionais de enfermagem, que neste contexto do estudo, são tutores do ensino clínico. Deste modo pretende-se assinalar a quem pertence o registo, sem permitir identificar qualquer dos entrevistados. Quando a opinião é comum a todos, referimos os participantes; se é idêntica nos docentes e tutores, relatamos os profissionais, para distinguir dos estudantes, que ainda o não são.

As entrevistas foram gravadas em sistema áudio MP3, como recomenda Turato (2010, p. 340) “o que deixa o entrevistador livre para prestar toda a atenção à pessoa do entrevistado”. O uso deste dispositivo permitiu registar fielmente todas as palavras, frases, entoações de voz, todo o conteúdo e forma de falar do entrevistado. Gravar facilita a posterior transcrição das entrevistas de modo a poderem ser ouvidas, lidas, analisadas e submetidas a análise de conteúdo. Estas tiveram durações variáveis que oscilaram entre os 30 minutos e os 90 minutos, sendo em média, as dos estudantes mais curtas e as dos docentes as mais longas.

Refletindo sobre o papel do investigador, nesta etapa, este deve ter adquirido competências de conversação, mas também deve ser um ouvinte atento e sensível capaz de estabelecer com os participantes uma relação de confiança e compreensão ao mesmo tempo que consegue demonstrar respeito pelas perspetivas e conceções destes (Bogdan & Biklen, 1994).

O início da entrevista fez-se através de uma reapresentação mútua do entrevistador e do entrevistado, de forma mais detalhada e afetiva com a intenção de estabelecer o rapport, seguida da explicação detalhada dos objetivos da mesma. O rapport pode ser definido como “um sentimento consciente de acordo, simpatia, confiança e responsabilidade mutua entre uma pessoa e outra” (Campbell, 1996, p. 607).

Sendo entrevistas semiestruturadas estas foram realizadas não com uma sequência rígida, exatamente como consta no guião, mas com alguma flexibilidade de modo a respeitar a forma como cada entrevistado elaborava o seu discurso em torno do tema proposto. Depois de introduzir cada bloco temático e formulada a primeira questão os participantes expressavam livremente as suas opiniões, limitando a intervenção do entrevistador ao estritamente necessário, ou para solicitar que clarificassem a ideia, ou conduzir o discurso para retomarem ao tema.

Os participantes puderam falar de acordo com a livre associação de ideias, o que consiste em “expressar indiscriminadamente os pensamentos que ocorrem ao espírito, a

partir de um elemento dado, ou de uma questão posta pelo entrevistador” (Turato, 2010, p. 315). Esta flexibilidade permitiu que se verificassem duas situações que não foram esperadas, mas que constituíram um desafio para a pesquisadora. A primeira foi a situação do ‘*transcurso diferente*’ que consiste na prossecução da entrevista por uma ordem diferente da que estava planeada pelo entrevistador, enquanto mentor do guião, podendo o participante falar, por sua iniciativa sobre um tópico antes que este lhe seja perguntado. Outra situação foi o aparecimento de um ‘*tópico novo*’ em que “questões não previstas inicialmente no guião, podem ser verbalizadas pelo informante e ser de grande valor para serem trabalhadas no conjunto do estudo” (Turato, 2010, p. 315).

O uso da metodologia qualitativa permite entender o modo como os participantes descrevem e interpretam os fenómenos. A descrição narrativa do entrevistado possibilita a compreensão das representações, dificuldades, atitudes, significados e preferências dos sujeitos sobre determinados acontecimentos, sendo este material constituindo maioritariamente de entrevistas ou outros documentos pessoais (Bogdan & Biklen, 1994).

Sabemos que os estudos qualitativos não pretendem obter a objetividade, o que não significa que o investigador possa negligenciar o rigor dos processos de análise e das conclusões a formular. Na tentativa de obter uma compreensão mais profunda do fenómeno em estudo, Seale (1999), sugere que se tenha em conta a opinião dos participantes, ou seja, se procure validar a informação obtida de modo a aumentar a credibilidade da investigação, sem no entanto a garantir. Este procedimento pode permitir obter dados adicionais de suporte a determinados aspetos, mas tem de ser usado com precaução, salienta o autor. Aos que aceitaram a sugestão foi devolvida a entrevista transcrita, por email, e pedido que a validassem, tendo alguns alterado a estrutura das frases, melhorado a redação e as expressões linguísticas de modo a aprimorar o discurso, inicialmente oral, para a estética da linguagem escrita, sem contudo adulterar ou suprimir a informação anterior resultante da oralidade.

Ao devolver a transcrição da entrevista para o participante conferir, acrescentar, ou subtrair mensagens, há o risco, como salienta Turato (2010, p. 390) de “o entrevistado afastar-se mais de ser sujeito, tornando-se mais pessoa, ou persona, aquele que se esconde por de traz das mascaras”. Isto é, pode utilizar mecanismos de defesa egoicos.

Em síntese no procedimento de recolha de informação através de entrevistas seguimos as etapas recomendadas por Turato (2010) que orienta neste sentido: conhecer o ambiente e o contexto dos participantes, fazer entrevistas preliminares e rearranjo das

questões a colocar no guião, seleccionar e convidar os participantes, marcar as entrevistas, reservar e marcar um espaço para a entrevista, estabelecer o rapport no início da entrevista, explicar o termo de consentimento, recolher os elementos de identificação pessoal, colocar paulatinamente as questões do guião da entrevista, auto observar o decurso da entrevista e mostrar disponibilidade do entrevistador pós entrevista.

## 1.4. PROCEDIMENTOS NA ANÁLISE DE DADOS

*“O destino não é frequentemente inevitável,  
mas uma questão de escolha.  
Quem faz escolha, escreve sua própria história,  
constrói os seus próprios caminhos.”*  
(Cury, Augusto, 2007)

A análise dos dados, ainda que não se dissocie das outras etapas, tem como objetivo compreender o que foi colhido, confirmar ou não, os pressupostos da pesquisa e ampliar a compreensão de contextos para além do que se pode verificar nas aparências do fenómeno. Entre as diferentes e possíveis formas de análise de dados optamos pela análise de conteúdo, que, comumente, tem sido utilizada nas pesquisas qualitativas em ciências da educação, sendo um recurso técnico para analisar dados provenientes de mensagens escritas ou transcritas, neste caso, das mensagens proveniente dos relatos dos participantes.

O material obtido através das entrevistas foi submetido à técnica de análise de conteúdo, (Apêndice III) usada desde o início do século XX nos Estados Unidos, inicialmente em jornalismo. Como descrevem Vala (2003), Bardin (2004), Minayo (2008), foi na década de 40 na Segunda Grande Guerra, que ao identificarem problemas, aguçaram o seu desenvolvimento. Na década de 50 abriu-se o leque de utilização desta técnica para diversas disciplinas e surgiram novas perspectivas metodológicas vindas da etnologia, história, psiquiatria, psicanálise, sociologia, psicologia, ciências políticas e jornalismo.

Em 1952 Berelson, citado por Bardin (2004, p. 16), definiu epistemologicamente, que “a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. Fazendo uma retrospectiva histórica, Vala (2003, p. 103) refere que em 1953 Cartwright “alargou o âmbito desta técnica a todo o comportamento simbólico” e em 1980 Krippendorff definiu-a como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, validas e replicáveis para o seu contexto”.

Os primeiros trabalhos em análise de conteúdo estavam inseridos em pesquisas de carácter predominantemente quantitativo, normativo e limitado. Nesse sentido, os marcos distintivos da técnica desenvolvida nessa época foram as análises estatísticas de valores, fins, normas, objetivos e símbolos. “A preocupação pela objetividade e sistematicidade solidificou-se tendo como foco o rigor quantitativo, para se contrapor ao que os



cientistas denominavam ‘*apreensão impressionista*’, numa crítica permanente às escolas etnometodológicas e integracionistas” (Minayo, 1998, p. 305).

Do ponto de vista metodológico, sempre existiu polémica entre os pesquisadores adeptos da análise quantitativa, preocupados com a frequência do aparecimento de determinadas características do conteúdo, e os favoráveis à análise qualitativa, empenhados em estudar a presença ou ausência de uma ou mais características de um fenómeno. Têm surgido algumas mudanças de perspectiva em que a objetividade, antes requerida, tornou-se menos rígida e a combinação entre compreensão clínica e estatística, mais aceitável. Alguns pesquisadores utilizam a análise de conteúdo com o objetivo da inferência e de formalizar categorias standard (Bardin, 2004; Minayo, 1998).

Atualmente ainda persistiram algumas divergências. Epistemologicamente, dois modelos de comunicação confrontavam-se: o ‘*instrumental*’, em que o essencial não seria o que a mensagem remete à primeira vista, mas a sua relação com as circunstâncias e o contexto; e o ‘*representacional*’, no qual o relevante da comunicação seria o conteúdo lexical e o pesquisador analisaria a descrição por meio da mensagem que ela transmite (Bardin, 2004).

A análise de conteúdo apresenta a necessidade de descobrir aquilo que vai além das aparências, abordando “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2004, p. 33). Nesta perspectiva a análise de conteúdo “não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações” (Bardin, 2004, p. 27).

No campo prático, esta técnica pode, complementarmente, coexistir com duas peculiaridades: a função heurística (*para ver no que dá*) e a função de administração de prova (*para servir de prova*), a fim de se interagirem uma reforçando a outra. Sendo a intenção da análise de conteúdo a “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de receção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (Bardin, 2004, p. 34).

O pesquisador deve ter em conta estes aspetos durante a utilização da técnica de análise nas diferentes modalidades de análise de conteúdo para trabalhar os dados, como refere

Minayo (1998), podem ser: análise lexical, análise de expressão, análise temática (ou categorial), análise de relações e análise de enunciação.

Nesta pesquisa utilizou-se a análise temática para analisar os dados. Esta modalidade de análise de conteúdo relaciona-se com a afirmação referente a um determinado tema ou assunto, abarcando um conjunto de relações e podendo ser representada por meio de uma palavra, frase ou resumo. Na perspectiva de Bardin (2004), o tema versa sobre a unidade de significação que é enunciada através da análise da transcrição das entrevistas, de acordo com critérios concernentes à teoria que atua como orientação à leitura. A análise categorial temática funciona em etapas, como refere Minayo (1998), por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para reagrupamento analítico posterior, e comporta dois momentos: o inventário ou isolamento dos elementos e a classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos.

Analisar um texto tematicamente, significa descobrir os núcleos de sentido que integram a conversação, na qual a frequência ou a ausência, de uma característica possuem algum significado para o objeto em estudo. No aspecto operacional, a análise temática divide-se em três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos materiais obtidos e interpretação, como referem Minayo (2008) e Bardin (2004). Consideramos que o material recolhido nas entrevistas e compilado, não são ainda dados, mas fonte de dados, como referem Hébert; Goyette e Boutin (2005, p. 106) “(...) mesmo as transcrições das entrevistas não o são. Tudo isto constitui material documental a partir do qual os dados serão construídos graças aos meios formais que a análise proporciona”. Para construir os dados submetemos os materiais recolhidos aos seguintes procedimentos:

Formação do *corpus da análise* em que foi feita a transcrição do material recolhido nas entrevistas em áudio para suporte de papel. “Uma parte importante da preparação deste processo é registar o que foi dito e transcrevê-lo” (Flick, 2005, p.169). As entrevistas foram transcritas de forma integral, seguindo-se a comparação do transcrito com a gravação de forma a garantir a fiabilidade, como recomenda este autor, (ver Apêndice III).

Seguiu-se a *leitura flutuante* dos relatos transcritos, de acordo com as orientações de Bardin (2004) e a elaboração de mapa dos temas e categorias emergentes, seguindo as orientações da metodologia desta autora, para:

Formação da *unidade de contexto* através da leitura por sistematização.

Formação da *unidade de registo*, feita com escolha de frases que se agrupam de acordo com o significado. Esta operação tem os seguintes procedimentos: recorte e escolha de material; enumeração; classificação e agregação.

As categorias, ou unidades de contexto são formuladas de acordo com os seguintes princípios, como refere Bardin (2004, p. 113-114): exclusão mútua, homogeneidade, objetividade, pertinência ou adequação, exaustão e produtividade.

Na fase de selecionar e organizar o material empírico, tivemos particular atenção ao perigo de nos centrarmos numa estratégia predominantemente interpretativa, como adverte Afonso (2005) esta pode conduzir à tentação de levar a interpretação longe de mais, derrapando para uma deriva especulativa, construindo significados e identificando implicações que os materiais recolhidos não sustentam, mas que o registo interpretativo, centrado na construção de significados e na elaboração de um texto argumentativo, podendo atribuir sentidos novos aos factos e discursos dos entrevistados, numa lógica interpretativa global.

Apesar de pretendemos fazer uma apreciação isenta, sabemos que ao analisarmos somos, usualmente parte do diálogo acerca do tópico que estamos a considerar. “Por isso, podemos analisar e codificar o nosso tópico de várias formas diferentes (...) A análise é moldada pelas perspetivas e posições teóricas do investigador e pelas ideias que este partilha acerca do assunto” (Bogdan & Bilken, 1994, p. 232).

Não devemos ignorar os adquiridos, a experiência pessoal e profissional do investigador, com o objetivo ingénuo de tentar produzir uma investigação assética, pretensamente mais neutra ou objetiva. Qualquer investigador mobiliza para a sua prática pressupostos básicos, como valores, crenças, preconceitos, atitudes, que foram elaboradas a partir do seu modo de captar o real. Como refere Afonso (2005, p. 49) “As tentativas ingénuas de neutralização do investigador em nome da objetividade acabam por redundar numa involuntária mobilização acrítica, implícita, tácita e não assumida dos pressupostos e valores específicos que enformam o olhar do investigador”. O autor acrescenta que uma mobilização reflexiva da experiência pessoal e profissional do investigador, tendo em conta os seus pressupostos, atitudes e disposições perante a investigação, explicita a especificidade do seu olhar, tornando-o mais transparente e autocritico.

Numa tentativa de minimizar, ou tomar consciência desta contingência, foi solicitada a colaboração de observadores externos: duas professoras de enfermagem que analisaram em separado as categorias de modo a validar a formação das mesmas, ou a sugerir alterações, o que foi enriquecedor por comparar a nossa perspectiva com outros olhares sobre o mesmo tópico e compreender diferentes focagens e modos de organizar o material empírico.

As categorias constituem o coração da análise de conteúdo das entrevistas, pois determinam as dimensões a analisar, estabelecem a ligação entre os objetivos da pesquisa e os resultados e delas depende o valor da análise, como referem Freitas e Janissek (2000). A definição das categorias consiste na procura do modo mais adequado de organizar os dados para atingir o que se deseja conhecer.

Na categorização, ou seja, na elaboração de classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, feito em razão dos caracteres comuns desse elemento, utilizamos tanto o método indutivo, como dedutivo. Isto é, havia algumas categorias definidas à priori e outras formadas à posteriori. As primeiras correspondem às questões formuladas nas entrevistas. “As segundas não foram definidas antecipadamente. Este tipo de análise é designado por procedimento exploratório” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 255).

As categorias e subcategorias exploradas após a transcrição e análise das entrevistas, evitou a exclusão de dados não previstos à priori, que surgem nas respostas às questões abertas da entrevista. Houve o cuidado de incluir todo o conteúdo que se definiu analisar nas categorias definidas. Os dados referidos pelos inquiridos, fora do âmbito do estudo, não foram transformados em categorias, (ver Apendice III).

Depois de reanalisado todo o material emergente das entrevistas, consideramos na elaboração das subcategorias o critério da relevância, fugindo de certo modo a uma ortodoxia clássica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Isto é, consideramos uma ideia expressa sem que necessariamente apresente repetição no conjunto do material. “A aplicação deste critério definitivamente não tem sequer ‘*sabor estatístico*’, sendo este elemento eleito para se transformar numa categoria que deve merecer justificativa” (Turato, 2010, p. 446). Daí que tenham emergido neste estudo (em situações pontuais) subcategorias com baixa repetitividade, mas expressando ideias singulares.

O título atribuído a cada categoria e às várias subcategorias foi elaborado de forma a ficar explícito o conteúdo em análise que se deveriam incluir em cada uma delas, com a intenção de evitar que um mesmo dado pudesse ser colocado em diferentes categorias, tendo em conta os princípios enumerados por Bardin (2004).

Na transcrição dos conteúdos dos relatos utiliza-se alguma pontuação suplementar cujo significado se clarifica: o código “(...)” para segmentos do discurso que não têm importância para a análise naquele contexto e que foram rejeitadas; o código [ ] formado por parênteses retos com palavras ou frases no interior que ajudam a clarificar o significado do testemunho. As reticências .... assinalam as pausas ou hesitações.

Têm surgido discussões sobre as diferenças que existiriam na análise de conteúdo se fosse enfatizada a abordagem qualitativa ou quantitativa nas pesquisas. Na análise quantitativa, o que serviria de referencial seria a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise qualitativa seria a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração. Mas, nem todos os trabalhos de análise de conteúdo implicam a necessidade de quantificação de dados obtidos, porém alguns necessitam saber a frequência com que determinados fenómenos ocorrem.

A análise quantitativa, na opinião de Vala (2003) pode tomar três direções: O *tratamento simples*, que é a análise de ocorrências que envolve a mera contabilidade de frequências. A *análise avaliativa*, distingue e contabiliza as unidades de registo que refletem um juízo positivo, negativo ou neutro em relação a determinado objeto e a partir da quantificação feita, perceber o valor que tem aquele objeto para o sujeito. E a *análise estrutural* que pretende encontrar associações ou dissociações estatisticamente significativas entre diferentes unidades de discurso, ou entre estas e variáveis relativas aos sujeitos, no intuito de perceber padrões de organização dos discursos e predisposições dos sujeitos produtores dos mesmos.

A análise de conteúdos decorre de perguntas do investigador, ou da natureza dos dados. Diferentes formas de circunscrever o objeto, de formular as questões, diferentes níveis de conhecimento do objeto e do investigador, originam formas diferentes de tratamento do material. Importa porém que tenha validade interna e que possa ser sujeita a crítica e à contestação dos dados obtidos.

A validade, em estudos qualitativos, envolve vários parâmetros que podem ser: a validade preditiva, de conteúdo, comparativa e interpretativa, na opinião de Ghiglione e Matalon (2001, p. 196), esta pode ser definida como “a adequação entre os objetivos e os fins, sem distorcer os factos”. A validade só se consegue se nas etapas precedentes o investigador estiver atento à adequação de todos os procedimentos, desde a formulação das questões para o guião da entrevista, à escolha da amostra, a escolha das categorias e subcategorias e ao modo de codificação.

A preocupação com a validade é, antes de mais, na perspectiva de Hébert, Goyette e Boutin (2005, p. 68) “a exigência do investigador em procurar que os seus dados correspondam estritamente àquilo que pretendem representar de modo verdadeiro e autêntico”. Os autores (p. 69), citando Van der Maren (1987, p. 10) referem o conceito de ‘*coerência programática*’ para designar a validade interna de uma investigação e que consiste na resposta ao problema da lógica da argumentação ou da demonstração que ligam as diversas componentes de uma pesquisa entre si, desde a formulação da intenção e dos objetivos, passando pela constituição, análise e tratamento dos dados e culmina na interpretação e verificação dos resultados. Há ainda conceitos como os de validade, consistência e confiabilidade que continuam a ter uma orientação positivista herdada do século XX, quando a metodologia qualitativa há muito segue o paradigma epistémico pós positivista, no qual se assume que não há uma relação direta entre a imagem empírica e a realidade externa, mas que esta é mediada e interpretada pelo horizonte pessoal do investigador, pelos seus valores, interesses, crenças (Miguélez, 2006). No entanto o processo de pesquisa precisa de ter aplicabilidade, consistência e neutralidade de modo a ter valor científico, mas ajustados ao paradigma escolhido. Vários autores pronunciam-se sobre os requisitos de uma investigação qualitativa, como Vieira (1999) e Coutinho (2008), considerando que a confiabilidade permite apreciar o quanto podemos confiar ou acreditar nos resultados da pesquisa; a credibilidade ou validade interna é a possibilidade dos dados serem confirmados; a transferibilidade ou validade externa é a possibilidade do estudo ser aplicado em contextos semelhantes; a fiabilidade ou consistência é a possibilidade de outros investigadores externos poderem seguir o método usado.

Não é, pelas razões evocadas, intenção do estudo generalizar os resultados a outras populações e a outros contextos, além dos considerados na pesquisa, pelo que não houve intenção em assegurar a validade externa, porque não é geralmente intenção dos

métodos qualitativos generalizar, mas antes caraterizar um fenómeno concreto de modo abrangente e completo, para posteriormente formular conclusões e sugestões para prover mudanças no contexto, valorizando aquilo a que Miguelez (2006) denomina de ‘*verdade local*’, no entanto o autor acrescenta que ao realizar e comparar várias investigações da mesma natureza pode-se prever mais possibilidades de generalização. Neste estudo pode-se falar mais em transferibilidade na medida em que os resultados qualitativos obtidos neste contexto podem ser aplicados noutro semelhante. A preocupação com a transferibilidade esteve presente na medida em que ao fornecer a descrição densa e compacta dos dados de modo a caraterizar a diversidade das perspetivas dos participantes, os resultados do estudo podem ser aplicados noutro ambiente escolar. Houve também a preocupação em manter o rigor nas diferentes etapas do processo de pesquisa, começando pela escolha da amostra. Como refere Turato (2010, p. 390) um dos mais importantes passos na manutenção da validade na pesquisa qualitativa “é a seleção da amostra, sendo que por ser proposital e teórica, os entrevistados deverão ser escolhidos em razão da sua real vivência em relação ao tema, para fornecer informações ricas e embutidas da realidade”.

Outro aspeto a ter em conta é a fidelidade que neste tipo de estudo está ligada ao processo de codificação. Seguimos a opinião de Ghiglione e Matalon (2001, p. 195) ao considerarem que esta assenta em dois polos: “a fidelidade do codificador e a das categorias de análise. A fidelidade do codificador deve ser procurada nos planos intercodificador e intracodificador”. Os autores recomendam que no primeiro caso um conjunto de codificadores, operando no mesmo texto devem chegar aos mesmos resultados, no segundo caso o mesmo codificador, analisando o mesmo texto em dois momentos diferentes, deve reproduzir a mesma análise, de modo a garantir que os resultados são independentes dos que os produzem.

Neste estudo a fidelidade do intracodificador foi estabilizada na terceira tentativa, na segunda revisão, houve subcategorias que foram aglutinadas e outras que emergiram, levando a uma reorganização do material em análise. No processo de intercodificação feito por outra professora com experiência em tratamento de dados qualitativos, houve algumas dúvidas sobre a colocação de UR num indicador, ou noutro. Respeitando o princípio da exclusão mutua, “em que cada elemento não pode existir em mais que uma divisão” (Bardin, 2004, p. 113). Foi necessário voltar a ler a transcrição da entrevista

para validar em que contexto aquela UR foi proferida, para deste modo ajuizar em que indicador melhor se enquadra.

Todo o processo de análise de conteúdo das entrevistas desenvolvido procurou dar coerência com o objetivo principal da pesquisa. Foi necessário definir as categorias de análise. Segundo Bardin (2004), na análise de conteúdo as categorias podem ser definidas *a priori* ou *a posteriori*. A categorização elaborada que serviu como suporte da análise de conteúdo dos depoimentos das entrevistas, *a priori*, esboçava como categorias de análise as palavras-chave contidas nas próprias perguntas. Num segundo momento, após ler e analisar sistematicamente as entrevistas identificaram-se novas categorias de interesse para a pesquisa. Posteriormente delimitou-se o âmbito de cada categoria com outras novas palavras-chave emergentes da exploração das entrevistas que contribuíram para a abordagem da categoria em questão.

Foi necessário em alguns itens proceder na análise do material recolhido, ao método de análise direta. Este é um método simples de proceder e é útil por exemplo para quantificar sentimentos vividos pelos sujeitos: dor, tristeza, saudade, etc. Como referem Carmo e Ferreira (1998, p. 253) “A análise de conteúdo por medida direta pode incluir unicamente a comparação entre o número de vezes que certos temas, palavras ou símbolos-chave aparecem”.



## 1.5. CONTEXTO ONDE DECORRE A PESQUISA

*Os cuidados de enfermagem e a função de enfermeira  
são objeto de reflexão teórica em cada época,  
mas na prática eles são o produto  
de uma sociedade e com ela evoluem.”*  
(Knibiehler, Yvonne, 1984)

Neste capítulo é analisada a estrutura curricular do curso de licenciatura em enfermagem da escola onde foi realizado o estudo. Para preservar a confidencialidade dos dados é omissa a fonte onde o plano de estudos foi analisado, quer a sua publicação em Diário da República, quer o site da referida escola.

Este CLE tem como objetivo preparar o estudante para corresponder a um perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, assente numa formação humanista que considera aspetos culturais, científicos, técnicos, estéticos e profissionais. Este enfermeiro é um profissional de saúde europeu, que age com autonomia e inovação, com responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e que utiliza o julgamento profissional no sentido da manutenção e desenvolvimento do bem-estar das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

O plano de estudos decorre em oito semestres com um total de 240 ECTS, estando as unidades curriculares (UC) do curso organizadas em torno das seguintes áreas científicas: Ciências de Educação, Filosofia e Ética, Psicologia, Sociologia, Gestão e Administração, Medicina, Enfermagem, Saúde Pública Biologia e Bioquímica (inclui a formação em: Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica; Microbiologia e Parasitologia; Farmacologia) e outras áreas científicas. Em cada semestre o estudante tem 30 ECTS, dos 240 do curso. A estrutura curricular fixa do curso (sem incluir as disciplinas de opção) compreende várias modalidades de ensino, com a seguinte carga horária (h): Ensino Teórico (T=1049 h); Seminários (S=251 h); Orientação Tutorial (OT=240 h); Ensino Teórico-Prático (TP=625 h); Ensino Clínico (EC=1450 h); Horas de Contacto (HC=3866 h); Ensino prático e laboratorial (PL=130 h); Trabalho de Campo (TC=116 h); Horas de Trabalho Autónomo (HTA=2614 h).

O plano de cada UC, finalidades, objetivos, conteúdos, metodologias e avaliação é definido pelo respetivo regente. A distribuição do conteúdo do curso ao longo dos 4 anos e nos 8 semestres pode sintetizar-se no quadro nº 6.

Quadro 6. Distribuição das UC por ano e semestre

Unidades Curriculares (UC)	ECTS	Unidades Curriculares (UC)	ECTS
<b>1º semestre</b>		<b>2º semestre</b>	
Fundamentos de Enfermagem I	13	Fundamentos de Enfermagem II	8
História e Epistemologia de Enfermagem I	3	Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem.	6
Microbiologia e Parasitologia	3	Sistemas e Políticas de Saúde	3
Antropologia e Sociologia I	4	Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica	6
Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica	3	Ética e Deontologia de Enfer. I	3
Psicologia I.	4	Análise de Situações de Enfermagem (ASE) I	3
		Opção I.	3
<b>3º semestre</b>		<b>4º semestre</b>	
Enfermagem ao Adulto	10	Ensino Clínico de Enfermagem ao Adulto e Idoso.	17
Enfermagem ao Idoso	5	Investigação em Enfermagem I	3
Ética e Deontologia de Enfermagem II	3	Antropologia e Sociologia II	2
Educação para a Saúde	4	Psicologia II	2
Patologia	3	Análise de Situações de Enfermagem (ASE) II	3
Farmacologia	2	Opção III	3
Opção II	3		
<b>5º semestre</b>		<b>6º semestre</b>	
Enfermagem de Saúde da Mulher	4	Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde da Mulher	8
Enferm. da Criança e do Jovem	7	Ensino Clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem	8
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	4	Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	8
Relação de Ajuda	3	Análise de Situações em Enfermagem (ASE) III	3
Gestão em Enfermagem	3	Opção V	3
História e Epistemologia de Enfermagem II	3		
Investigação em Enfermagem II	3		
Opção IV	3		
<b>7º semestre</b>		<b>8º semestre</b>	
Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família.	7	Projeto Pessoal em Enfermagem Clínica II	3
Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família.	12	Ensino Clínico - Projeto Pessoal em Enfermagem Clínica.	24
Formação em Contexto de Trabalho	3	Análise de Situações de Enfermagem (ASE) IV.	3
Projeto Pessoal em Enf. Clínica I	5		
Enfermagem Cuidados Intensivos	3		

Fonte: Plano de estudos da referida Escola (2008).

Durante o curso procura-se responsabilizar o estudante pela sua aprendizagem, nomeadamente através da atribuição de horas de trabalho autónomo e de orientação tutorial de modo que a aprendizagem desenvolve-se:

- No 1º ano, visando a apropriação de conteúdos fundamentais de enfermagem. Pretende-se que o estudante se confronte com a sua opção pela profissão de enfermagem e reflita sobre si no processo de cuidar.
- No 2º ano, visando a compreensão dos fenómenos de bem-estar e fenómenos do adoecer e as intervenções de enfermagem à pessoa adulta e idosa.
- No 3º ano, visando a compreensão dos fenómenos de bem-estar e fenómenos do adoecer e as intervenções de enfermagem à grávida, mãe, criança, adolescente e jovem. Pretende-se também que o estudante desenvolva as competências necessárias à intervenção de enfermagem ao indivíduo com doença mental.
- No 4º ano, visando, no 1º semestre, a prestação de cuidados a famílias e à comunidade e a elaboração de um projeto pessoal em enfermagem clínica numa área de eleição. O 2º semestre é essencialmente, de formação clínica, em que o estudante desenvolve a autonomia e a responsabilidade numa área de opção. Dos 30 ECTS do último semestre, 27 ECTS estão distribuídos por duas unidades curriculares Projeto Pessoal em Enfermagem Clínica II (3 ECTS) e Ensino Clínico Projeto Pessoal em Enfermagem Clínica (24 ECTS), em que o estudante aprofunda aprendizagens numa área opcional, o que inclui a realização de uma monografia no âmbito dos cuidados de enfermagem nessa área.

Ao longo dos quatro anos, existem quatro unidades curriculares, que pretendem contribuir para análise das práticas e que se denominam Análise de Situações de Enfermagem (ASE) I, II, III e IV, cuja finalidade é capacitar o estudante para, numa lógica integrativa de saberes, se conhecer e desenvolver como pessoa, elaborar o julgamento profissional e o processo de tomada de decisão em enfermagem e para assumir o seu papel social e profissional utilizando a reflexão sobre valores, conhecimentos, sentimentos e dilemas na análise de situações e vivências.

Outra forma de proporcionar ao estudante a construção do seu currículo escolar é a possibilidade de escolher cinco unidades curriculares de opção (15 ECTS) em diversas áreas do conhecimento, sendo que, em todas, o estudante tem 50% de horas de trabalho autónomo. Os 15 créditos optativos estão organizados de modo a que 7 a 10 sejam da

área de Enfermagem e 5 a 8 de outras áreas científicas. Normalmente cada UC de opção funciona com turmas de 25-30 inscritos e podem se frequentadas do 2º ao 6º semestre. Este currículo do CLE estrutura e molda o processo formativo na instituição, pois define, seleciona e organiza não só os percursos do conhecimento, mas também os itinerários da aprendizagem dos estudantes em diferentes contextos formativos.

Quadro 7. Lista das Unidades Curriculares de opção do curso

Unidades Curriculares de Opção do CLE	
1.	Inglês técnico
2.	A pintura como instrumento de intervenção terapêutica
3.	O vídeo como instrumento de intervenção terapêutica
4.	Promoção do bem-estar e gestão de stress no contexto do cuidar
5.	Desenvolvimento pessoal e sócio-profissional
6.	Interdisciplinaridade e saúde
7.	Sofrologia e outras técnicas de relaxamento
8.	Alimentação e culturas
9.	Mecânica corporal e prevenção de lesões músculo-esqueléticas
10.	A CIPE® e os sistemas de informação em saúde (SIS)
11.	Estimulação cognitiva da pessoa em coma
12.	Modelo Rogeriano aplicado à enfermagem
13.	Prevenção e gestão do comportamento agressivo
14.	Quando o final da vida se aproxima: Respostas de enfermagem em cuidados paliativos
15.	Terapias complementares
16.	Experiência de voluntariado em enfermagem
17.	A dança eu e o universo
18.	O cinema como instrumento de intervenção terapêutica
19.	Transição: "conceito central" em enfermagem
20.	Abordagem à pessoa em situação de emergência - Primeiros socorros e suporte básico de vida
21.	Cuidar de si e do outro - abordagem biográfica e projeto profissional
22.	Viver o fim de vida
23.	Personagem brinquedo
24.	Teatro - Eu e os outros
25.	Abordagem global à pessoa com ferida
26.	Cuidados de enfermagem à pessoa com ferida crónica: abordagem específica
27.	Prática(s) segura(s) na prestação de cuidados de enfermagem: prevenção e controlo de infeção
28.	Promoção da integridade cutânea
29.	Técnicas de comunicação em promoção da saúde
30.	Promoção do autocuidado
31.	Tecnologias de informação e comunicação em enfermagem
32.	Comunicação e gestão de conflitos
33.	Introdução à bioética
34.	Parentalidade(s) e parceria(s) de cuidados em pediatria
35.	Confortar - um processo complexo

- |     |  |
|-----|--|
| 36. | Produção de eventos na área da saúde   |
| 37. | A pessoa com deficiência   |
| 38. | Competência empreendedora pessoal e profissional                                   |
| 39. | Raciocínio clínico orientado para os resultados sensíveis à prática de enfermagem. |
| 40. | Educação para a sexualidade e promoção da saúde                                    |
| 41. | Problemática da doença oncológica  |
| 42. | Abordagem multicultural da sexualidade   |
| 43. | Auto conhecimento e comunicação  |
| 44. | Envelhecimento ativo   |

Fonte: Documento orientador da referida escola (2008)

Com as unidades curriculares de opção pretende-se: capacitar o estudante para se adaptar às mudanças, responder a novas solicitações e desafios, ser inovador e criativo de forma a intervir autonomamente como enfermeiro e enquanto cidadão participar proactivamente no desenvolvimento da profissão.

De acordo com o que foi referido anteriormente as competências desenvolvem-se e expressam-se na ação pelo que, este plano de estudos previu que cerca de 50% do curso decorra em ensinos clínicos, trabalho de campo e seminários num total de 1952 h, e o ensino “teórico” em 1913h, o que dá cumprimento à exigência europeia da Diretiva nº 36/CE/2005, de 7 de Setembro, do Parlamento Europeu.

Os ensinos clínicos e o trabalho de campo são espaços de formação onde o estudante se confronta com a realidade profissional, que lhe permitem negociar um contrato de aprendizagem, comunicar e interagir com diferentes públicos, investigar e questionar-se.

A formação em enfermagem nas diferentes escolas do país caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino na escola com aulas teóricas, teórico-práticas e laboratoriais e períodos de ensino clínico em diferentes instituições de saúde em que o estudante confronta-se com situações reais da profissão, mais complexas que as treinadas na escola com modelos e situações fictícias.

O ensino clínico de acordo com a definição de Simões, Alarcão e Costa (2008) é todo o ensino realizado numa instituição de saúde quer seja junto do utente, de famílias, de grupos de utentes ou simplesmente no contacto com a organização institucional, e qualquer destas realidades envolve diversos intervenientes, cada um desenvolvendo, no processo, papéis diferentes e interagindo entre si: o aluno, o docente, o enfermeiro tutor, o utente e sua família, a equipa de saúde, e a sociedade em geral. No contexto de aprendizagem para ser enfermeiro consideramos os papéis de três atores: o estudante, o

docente e o enfermeiro tutor. O docente, no papel de supervisor, atua como um facilitador da aprendizagem, o tutor como facilitador da integração no serviço e cada vez mais, como supervisor da própria aprendizagem dos estudantes na prática clínica e o estudante como sujeito ativo, responsável pela sua formação que vai adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios e exigências da profissão.

No plano de estudos da escola em análise nas UC de opção emergem três disciplinas que abordam a temática da morte nas diferentes dimensões do fenómeno, sendo estas: Problemática da doença oncológica; Quando o final da vida se aproxima; Respostas de enfermagem em cuidados paliativos e Viver o fim de vida. Para além destas há outras que não sendo focadas nos cuidados em fim de vida, mas no desenvolvimento de competências relacionais, dão importantes subsídios para o cuidar, como: Desenvolvimento pessoal e sócio-profissional; Modelo Rogeriano aplicado à enfermagem e Auto conhecimento e comunicação.

De acordo com a informação dos docentes e registos dos serviços académicos este leque de disciplinas tem em cada ano letivo o número de vagas preenchido, excedendo em alguns anos o número de candidatos relativamente às vagas.

Comparamos o plano de estudos da escola em análise com o de outras duas escolas públicas não integradas, respetivamente uma da região norte e outra do centro do país não há nenhuma UC do tronco comum do curso que aborde a temática da morte, sendo os conteúdos integrados na UC de Enfermagem, porem têm outras ofertas.

A escola superior de enfermagem da região norte tem a UC de opção Desenvolvimento pessoal e social com 3 créditos que dá subsídios para esta problemática. Nos ensinamentos clínicos do 4º ano, os estudantes têm oportunidade de desenvolver competências nesta área nomeadamente nos ensinamentos clínicos em cuidados continuados na comunidade e em internamento em cuidados continuados. Para além destes há a possibilidade dos estudantes escolherem no último semestre um ensino clínico opcional a desenvolver em contexto hospitalar ou comunitário com 15 créditos.

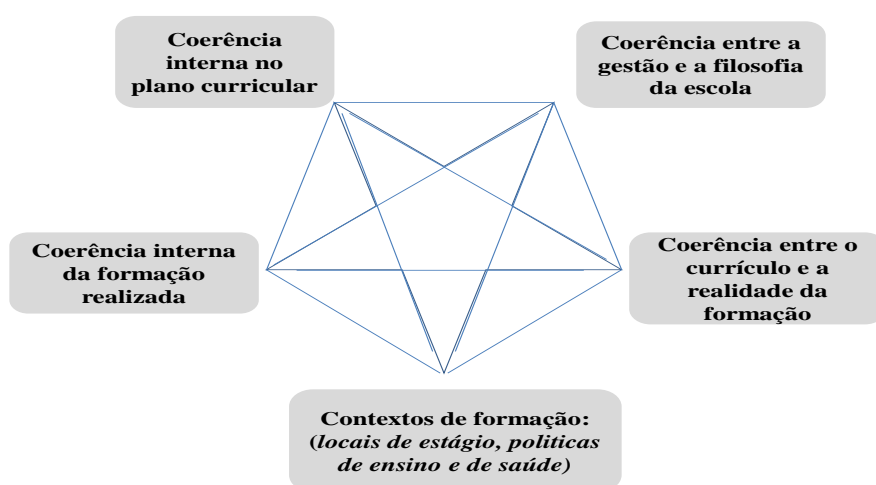
Os estudantes da escola superior de enfermagem da região centro podem desenvolver aprendizagens em ensinamentos clínicos opcionais no 8º semestre, com 18 ECTS selecionando experiências em serviços que prestam cuidados nas áreas escolhidas. Contudo esta escola investe também na formação dirigida aos profissionais, tendo diferentes cursos de curta duração [30 a 40 h] para atualização e aperfeiçoamento profissional, sendo de

destacar: Cuidados continuados e Cuidados paliativos: Técnicas não farmacológicas de alívio da dor crónica.

Num estudo feito por Lourenço em 2004 sobre os currículos escolares dos cursos de enfermagem e de medicina do país verificou que o cuidar holístico é difícil de integrar, porque não é aprendido nem ensinado nas escolas de enfermagem, nem nas faculdades de medicina. “Valoriza-se a parte física/biológica, há alguma preocupação em incluir disciplinas de psicologia, valorizando a vertente psicológica, mas a parte espiritual continua esquecida, ou não é abordada, ou é o de forma muito vaga” (Lourenço, 2004, p. 97)

A formação em enfermagem na área do cuidar em fim de vida não é diferente em outros países. Citando por exemplo o Brasil poucas faculdades de enfermagem, tem a temática da morte no seu currículo, ou como opção, refere (Santos, 2009a), considera que esta realidade leva a que “dezenas de milhares de profissionais que lidam diariamente com a morte, infelizmente, não receberam qualquer formação nesta área” (p. 18).

Num curso de enfermagem é necessário que haja coerência na formação, como refere Bento (1997, p. 75) que se “possa observar coerência entre a gestão e a filosofia da escola, coerência interna no plano curricular, coerência entre o plano curricular e a realidade da formação, coerência interna na formação realizada, coerência nos contextos de formação e coerência entre estes diferentes aspetos”, como se esquematiza na figura seguinte.



Fonte: Heidelberg (1991), citado por Bento (1997, p. 75)

A adesão ao processo de Bolonha trouxe como principais transformações, quer a transição de um sistema de ensino baseado na ideia da transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências, quer a adoção do sistema europeu de créditos curriculares European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), baseado no trabalho dos estudantes. Esta mudança paradigmática visa, globalmente, tornar a Europa um espaço mais dinâmico e competitivo baseado no conhecimento e capaz de garantir um crescimento económico sustentável com mais e melhores empregos e com maior coesão social.



## CAPITULO III

### APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS CONTEUDOS DAS ENTREVISTAS

*“Para interpretar o grande papel que lhe foi atribuído,  
nem a educação liberal, nem um elevado grau  
de perícia técnica será suficiente.  
O enfermeiro tem de ser mestre em duas línguas.  
A língua da ciência e a do povo”  
(Goodrich, Annie, 1973)*

## 1. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

*"A longa vida não nos distancia da morte.  
Pelo contrário, ela vai-nos reconciliando  
com o fim na medida em que nos transforma  
paulatinamente em estranhos e marginais  
para as diversas contemporaneidades que vivemos".*  
(Damatta, Roberto, 2003)

Neste capítulo iremos descrever e analisar a estrutura emergente dos conteúdos das entrevistas. Para além de os organizar em torno de cinco áreas temáticas, serão referidas as categorias, as subcategorias emergentes e quando existam, os indicadores do modo como se agrupam as Unidades de Registo (UR) na respetiva subcategoria. Para facilitar a descrição sobre o modo como foram organizados, poderão ser apresentados em figuras ou em quadros. No apêndice III encontra-se organizado o material resultante das entrevistas.

Da análise do material empírico estruturaram-se os seguintes subcapítulos: o primeiro caracteriza a perceção dos participantes sobre a morte e o morrer; o segundo é relativo ao que se aprende para cuidar em fim de vida; o terceiro aborda a perspetiva dos participantes sobre o processo de ensino aprendizagem para cuidar em fim de vida; por fim analisa-se as competências a adquirir não só para cuidar de pessoas em fim de vida, mas também para cuidar de famílias em processo de luto. No final de cada subcapítulo é feita uma breve síntese dos tópicos emergentes.

O quadro nº 8 apresenta uma síntese do modo como foi agrupado o material empírico por categorias e subcategorias, colocando na coluna da direita a indicação do grupo de participantes que prestou contributos para a área temática, tendo em conta as características da pesquisa há subcategorias que refletem apenas a opinião dos estudantes (E), enquanto outras salientam a visão dos profissionais envolvidos no processo formativo: docentes (D) e tutores nos ensinos clínicos (T). No processo de elaboração e análise temática começamos pelo grupo dos estudantes seguindo-se os profissionais envolvidos no processo de ensino aprendizagem. Quando for pertinente faremos a distinção se aquela categoria ou subcategoria é referida apenas pelos docentes ou pelos tutores.

Quadro 8. Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes no estudo

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Grupos de participantes</b>
<b>Área temática I - Percepção da morte</b>		
1) Onde decorreu o contacto com a morte	1 a) Antes do curso de enfermagem	E + D + T
	1 b) No curso de enfermagem	E + D + T
	1 c) Depois do curso de enfermagem	D + T
2) Modo de encarar a morte	2 a) Como acontecimento natural	E + D + T
	2 b) Com sofrimento	E + D + T
	2 c) Com mecanismos de coping	D + T
3) Influências na representação da morte	3 a) Sociais e culturais	E + D + T
	3 b) Metafísicas	E + D + T
4) Representação da morte	4 a) Terminus de um percurso	E + D + T
	4 b) Fenómeno abjeto	E + T
	4 c) Tabu social	E + T
5) Sentimentos /emoções associados à morte	5 a) Indicadores de bem-estar	E + D + T
	5 b) Indicadores de mal-estar	E + D + T
<b>Área temática II - Formação para cuidar em fim de vida</b>		
6) Onde foi obtida a formação	6 a) Obtida no ambiente familiar e social	E + D
	6 b) Obtida no Curso de Enfermagem	E + D + T
	6 c) Obtida na formação Pós graduada	D + T
7) Dificuldades no percurso da aprendizagem	7 a) Dificuldade em estabelecer a relação com o cliente e com os familiares	E + D + T
	7 b) Dificuldade em cuidar das famílias	E + T
	7 c) Dificuldade em cuidar do corpo que não responde	E + D + T
	7 d) Dificuldade em lidar com a morte em jovens	E + D
	7 e) Dificuldade em cuidar nos diferentes contextos onde se encontra o doente	E
	7 f) Deficit de formação prévia	E + D + T
	7 g) Dificuldade em gerir as emoções	E + D + T
	7 h) Falta de apoio da equipa	D + T
8) Fatores que contribuíram para capacitar os estudantes para o cuidar em fim de vida	8 a) Ensino teórico ao longo do CLE	E
	8 b) Contextos onde decorrem os ensinamentos clínicos	E
	8 c) Metodologias do processo de ensino aprendizagem	E
	8 d) Supervisão clínica dos orientadores dos estudantes	E
9) Fatores que contribuíram para capacitar os profissionais para o cuidar em fim de vida	9 a) Filosofia de vida	D + T
	9 b) Reflexão sobre a prática	D + T
	9 c) Experiência profissional	D + T
	9 d) Aprendizagem com a equipa	D + T
	9 e) Formação ao longo da vida	D + T
<b>Área temática III - Processo de ensino aprendizagem</b>		
10) Críticas e sugestões dos estudantes sobre o processo de ensino aprendizagem	10 a) Críticas ao ensino teórico	E
	10 b) Críticas ao ensino prático e laboratorial	E
	10 c) Críticas ao ensino clínico	E
	10 e) Sugestões para melhorar a aprendizagem	E
11) Abordagem da morte	11 a) No ensino teórico	D

como orientador dos estudantes	11 b) No ensino clínico	D + T
12) Apreciação da estrutura formativa do curso de licenciatura	12 a) Na componente teórica	D
	12 b) Na componente clínica	D
	12 c) Preparação para cuidar em fim de vida	D
	12 d) Formar para cuidar no fim de vida uma exigência social	T
	12 e) Organização curricular	T
13) Perceção das dificuldades dos estudantes, pelos profissionais	13 a) Falta de aprendizagens sociais e familiares para lidar com a morte	D + T
	13 b) Dificuldade em compreender a filosofia do cuidar em fim de vida	T
	13 c) Dificuldades intrínsecas ao estudante	D + T
	13 d) Dificuldades em prestar cuidados	D + T
	13 e) Dificuldades em comunicar	D
14) Estratégias para melhorar o processo de ensino aprendizagem	14 a) Abordagem ao longo do curso	D
	14 b) Estratégias do ensino teórico	D + T
	14 c) Estratégias do ensino prático	D + T
	14 d) Estratégias do ensino clínico	D + T
14) Papel dos orientadores no processo ensino aprendizagem em E.C.	14 a) Docente da escola	D
	14 b) Tutores da prática clínica	D + T
	14 c) Complementaridade dos dois parceiros na formação	T
15) Influência do contexto onde decorre o E.C.	15 a) Contextos de boas práticas	T
	15 b) Contextos de práticas deficitárias	T
<b>Área temática IV - Competências para cuidar de pessoas em fim de vida</b>		
16) Competências a adquirir pelo estudante para cuidar em fim de vida	16 a) Domínio cognitivo	E + D + T
	16 b) Domínio relacional	E + D + T
	16 c) Domínio afetivo	E + D + T
	16 d) Domínio ético – valores da profissão	E+D+ T
	16 e) Domínio da reflexão	E+ T
	16 f) Domínio da cooperação - saber trabalhar em equipa	E + T
	16 g) Integrar diferentes domínios de competências como generalista	D
	16 h) Dificuldades em adquirir competências	E
<b>Área temática V - Competências para cuidar de famílias a viver processos de fim de vida</b>		
17) Competências para cuidar das famílias	17 a) Família como contexto dos cuidados	E + D + T
	17 b) Família como cliente dos cuidados	E + D + T
	17 c) Família contexto ou cliente dos cuidados, competências do generalista ou do especialista	D + T
	17 d) Dificuldade em desenvolver competências para cuidar da família	E + T

Nos subcapítulos seguintes iremos proceder à análise e discussão do material empírico, que sintetizamos de forma esquemática neste quadro.

## 1.1. PERCEÇÃO DA MORTE

*O homem não morre quando deixa de viver,  
mas sim quando deixa de amar.*  
(Chaplin, Charles, 1965)

São vários os fatores que influenciam a forma como é sentida e expressa a vivência da morte e do morrer, num dado contexto cultural e histórico. Neste subcapítulo pretende-se descrever e analisar o modo como foram vividas as experiências de lidar com a morte e construída a representação do fenómeno a partir das comunicações expressas por um grupo de entrevistados que tem uma cultura de prestadores de cuidados de saúde no século XXI.

A partir do discurso dos participantes organizamos cinco categorias. A primeira refere-se ao contexto onde ocorreram experiências significativas com a morte; segue-se o modo como foi interpretada essa vivência; os factores que a influenciam e as representações sobre a morte e os sentimentos que estão associados. No lado esquerdo do quadro a frequência absoluta de UR que emergiram em cada grupo. Clarificando, (E=7) significa que o grupo de estudantes contribuiu com 7 UR para aquele indicador.

Quadro 9. Construção do fenómeno da morte e do morrer.

Categoria	Subcategoria	Indicadores	UR
1) Onde decorreu o contacto com a morte.	1 a) Antes do curso	Não teve experiência de contactar com a morte	(E=7) (T=3)
		Antes do curso, no ambiente sócio familiar	(E=11) (D=8) (T=5)
	1 b) No curso de enfermagem	Não teve experiência de cuidar em fim de vida no curso	(E=6) (D=2) (T=1)
		Teve experiência de cuidar em fim de vida no curso	(E=17) (D=8) (T=7)
	1 c) Depois do curso		(D=7) (T=5)
2) Modo de encarar a morte	2 a) Como acontecimento natural		(E=10) (D=6) (T=7)
	2 b) Com sofrimento		(E=12) (D=9) (T=21)
	2 c) Com mecanismos de coping	Ajustados	(T=5)
		Desajustados	(D=1) (T=2)
3) Influências na representação	3 a) Sociais e culturais	Influência da cultura	(E=7) (D=6) (T=3)

da morte		Influência dos media	(E=1) (D=2)
		Influência da religião	(E=2) (D=3) (T=7)
	3 b) Metafísicas	Passagem para outra dimensão	(E=4) (D=19) (T=7)
		Dúvidas existenciais	(E=3) (D=1) (T=3)
4) Representação da morte	4 a) Terminus de um percurso		(E=8) (D=8) (T=11)
	4 b) Fenomeno abjeto		(E=5) (T=6)
	4 c) Tabu social		(E=4) (T=2)
5) Sentimentos /emoções associados à morte	5 a) Indicadores de bem-estar *	<i>*(avaliados não por UR, mas por contagem direta das expressões enumeradas)</i>	E D T
	5 b) Indicadores de mal-estar **	<i>** (avaliados não por UR, mas por contagem direta das expressões enumeradas)</i>	E D T

No que se refere aos contextos onde os participantes viveram experiências significativas de lidar com a morte, verificam-se três situações diferentes: contataram com o fenómeno antes do curso, no contexto sociofamiliar; contataram pela primeira vez nos ensinamentos clínicos ou terminaram o curso sem ter oportunidade de lidar com o fenómeno.

A forma como foi percebida a morte também difere, há participantes que encaravam o fenómeno de forma natural, enquanto outros sentiram dificuldades em lidar com o morrer. Os profissionais salientam que, por vezes, lidaram com a morte, com mecanismos de coping nem sempre ajustados. Quanto à construção da representação do fenómeno da morte este é mediado pelos conteúdos socioculturais que impregnam a vivência das pessoas, sendo ora considerado como um acontecimento natural e inevitável, ora um acontecimento traumático e tabu, mas que pode ser mitigado pela construção metafísica de uma visão transcendental da morte, que remete para um acesso a outra dimensão que alivia o desconforto provocado pela perda, pela dor do abandono e da separação. Ao redirecionar o foco da pesquisa do domínio cognitivo para o afetivo, verifica-se que a morte evoca emoções e sentimentos de pesar, mesmo quando mesclado pela aceitação e pela paz que suscita nos mais experientes.

Por razões metodológicas e tendo em conta a organização da pesquisa optamos por analisar primeiro a opinião expressa pelos estudantes, seguindo-se os profissionais

(docentes e tutores). No que se reporta à análise dos sentimentos optamos pelo método de contagem direta de palavras, e não por unidades de registo, porque em pequenas frases eram expressos vários sentimentos.

### **Elaboração do fenómeno da morte e do morrer nos estudantes**

A experiência de conviver com a morte encontra-se muitas vezes afastada do meio ambiente socio familiar onde a pessoa cresce, vive e se desenvolve. Os estudantes referem dois contextos diferentes, onde vivenciaram a morte: antes do curso e nos ensinamentos clínicos, havendo também os que no último semestre nunca tinham cuidado de pessoas em fim de vida.

Antes de iniciar o curso nem todos tiveram experiências de aprender a lidar com a finitude no ambiente familiar e social, contudo os que tiveram essa oportunidade, ao saberem da morte de familiares, viveram o processo com algum distanciamento.

*Não tive experiência anterior ao curso de cuidar, nunca tinha tido qualquer contacto de cuidar pessoas em fim de vida, nem com a morte. E5.1.*

Esta situação relatada pelos estudantes é frequente na sociedade ocidental em que se evita falar de morte, ver o corpo do moribundo ou assistir a cerimónias fúnebres, porque ao observar a morte do outro emerge a ideia da nossa finitude, como refere Caputo (2008), a morte deixou de ser vivenciada passando a dar-se prioridade à preservação da felicidade. Os estudantes pertencem a uma sociedade em que se afastam os moribundos do convívio dos vivos, particularmente se estes são crianças ou jovens.

*Tive experiência com a morte dos meus avós maternos, (...) Mas eu não quis ir ao funeral, nem ao velório. E4.1.*

*A nível familiar tive a morte de alguns tios e avós, mas lá está, são experiências que não foram marcantes para mim, porque não eram pessoas que me eram próximas. E14.1.*

*Morreram algumas pessoas de família, ou amigos da minha família, mas foi uma coisa sentida de forma um pouquinho afastada, sem me causar grande impacto ou desconforto. E19.1.*

Os relatos evidenciam que longe vão os tempos em que se morria em casa, com a participação de toda a comunidade em que as pessoas vivenciavam o fenómeno de perto e aprendiam a lidar com a morte sem desconforto ou dramatismos, porque fazia parte dos acontecimentos sociais, como refere Araújo e Vieira (2001, p. 105) “o

conhecimento da morte era uma rotina e nenhuma criança crescia sem ter tido a experiência de ver, pelo menos, uma cena de morte”.

Há estudantes que terminam o curso sem terem a possibilidade de prestar cuidados em fim de vida, o que é uma lacuna no seu percurso formativo.

*Desde que vim para curso, em todos os ensinamentos clínicos, não houve nenhuma experiência com a morte. E15.1.*

*Durante o curso e nos ensinamentos clínicos nunca estive em nenhum contexto, nem em contacto com doentes terminais, ou em fim de vida. E11.2.*

O distanciamento em relação à morte nas experiências proporcionadas pelos ensinamentos clínicos pode ser uma falta de oportunidade, ou um mecanismo de defesa que se alinha em estratégias de negação, evitamento e proteção contra o contactar com experiências dolorosas. “A grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia, no qual há ilusão de imortalidade” (Oliveira, Brêtas & Yamaguti, 2007, p. 391). Como referem alguns estudantes a morte pode passar ao lado sem nos deixarmos tocar.

*A minha primeira experiência foi no estágio do 1º ano. Logo no 1º ano, eu quase sempre tive pessoas em fim de vida em quase todos os estágios, mas nunca cheguei a contactar bem com a morte. E7.1.*

*No curso, no 1º ano fui para um lar e aí havia pessoas em fim de vida, mas nessa altura eu não tinha ainda noção e as coisas passavam-me ao lado, não estava sensível. E3.2.*

Contextos que poderiam ser promotores da aprendizagem, por múltiplas razões não o são, sendo habitual atitudes de indiferença ou de alheamento, como fuga para evitar que a morte interfira na esfera emocional, devido à ansiedade e ao medo que a esta provoca.

*(...) há colegas meus que dizem que a questão da morte não interfere, é como cuidar de outra situação, mas eu acho que isso é uma fuga, desvalorizamos as coisas porque não conseguimos assumir o quanto aquilo mexe com os nossos medos. E18.34.*

É frequente nos relatos os inquiridos referirem medo e ansiedade, sendo difícil diferenciar entre medo e ansiedade no que se refere à morte. Geralmente a ansiedade está associada a um sentimento difuso, sem causa definida, enquanto o medo está mais ligado a uma causa específica, refere (Kovács, 2008). No caso da morte, a experiência é tão ampla e universal que se poderá pensar em ansiedade e medo de forma similar. A autora salienta (p. 17) “Verifica-se que as pessoas que têm um nível maior de ansiedade são as que apresentam mais medo da morte, ou seja o medo da morte evoca a ansiedade”.



Outra forma de evitamento é julgar que o cuidar em fim de vida é idêntico ao cuidar de qualquer pessoa doente.

*Julgo que cuidar de uma pessoa que está para morrer não é muito diferente nos procedimentos técnicos de cuidar de outras pessoas também debilitadas ou dependentes. E18.8.*

Os estudantes que não distinguem o cuidar para a morte de outras situações de enfermidade, estão equivocados. A doença e a morte não têm a mesma natureza, como refere Abiven (2001), podemos ficar doentes e retomar o nosso lugar na sociedade, mas morrer é um tempo único, só se produz uma vez e não tem réplica. Quem cuida de um doente com uma doença curável usa as suas competências técnicas para o cuidar, restabelecer e reintegrar *'restitutio ad integrum'*. Mas, quem cuida de uma pessoa portadora de afeções incuráveis trabalha noutro domínio. Usa também as competências técnico-científicas para aliviar os sintomas e o mal-estar, mas se esta ajuda é útil ao doente é secundária na crise que vive. “A principal tarefa do cuidador é de ajudar a gerir a crise em diferentes planos: afetivo, familiar, social, espiritual e fisiológica” (Abiven, 2001, p. 31).

A necessidade de obter uma componente formativa na vertente do cuidar em fim de vida é solicitada por alguns estudantes que escolhem no ensino clínico de opção no oitavo semestre, colmatar lacunas formativas, sendo esta a derradeira oportunidade de adquirir competências para cuidar estes doentes.

*Aqui no curso o contacto com a morte e o fim de vida foi só neste estágio [de opção] do 8º semestre no Projeto Pessoal em Enfermagem Clínica. (PPEC) E4.2.*

*No 4º ano neste estágio no IPO [de opção] já tive mais contacto com o fim de vida e sobretudo com a angústia da família, com o sofrimento e com a morte. E6.4.*

*Nos estágios tive contacto [com a morte] no 2º ano e agora neste estágio [de opção] que estou a realizar na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos. E9.2.*

Saber se há, ou não, deficit formativo nesta área do cuidar não é uma contenda recente. Sabemos que habitualmente os profissionais de saúde referem que não tiveram preparação para cuidar em fim de vida, o que implica, na opinião de Santos (2009a) formular questões que podem ter dois vetores: há deficits curriculares nos cursos dos profissionais de saúde? Ou há falta de interesse do estudante em obter a preparação?

Relativamente à segunda questão o autor salienta que é necessário clarificar se os estudantes e jovens profissionais querem de facto obter preparação. “Para alguns é mais fácil dizer que não houve preparação para enfrentar situações desafiadoras,

principalmente quando há perspectiva de morte próxima, com sofrimento e familiares exigentes” (Santos, 2009a, p. 57). O que é corroborado pela expressão de alguns estudantes ao referir:

*Se eu puder escolher onde quero trabalhar, não cuido de um moribundo. E12.3.*

*Por não ter tido tanto contacto com a morte, ainda é uma coisa que afasto muito, não sei, não reflito muito sobre isso. E2.3.*

Nestes relatos é assumida a falta de interesse em experienciar o cuidar para o fim de vida. No entanto também há estudantes que contataram com a morte nos ensinamentos clínicos, consideram-na uma experiência intensa, que não fez parte das aprendizagens sociais, mas que marca quem a vive pela primeira vez.

*Foi muito difícil, essa primeira experiência com a morte, foi um bocadinho perder o norte. Modificou-me muito. E5.3.*

*Aconteceu durante a noite [morrer] e quando cheguei e vi a cama vazia vieram-me alguns pensamentos e sentimentos. Tudo foi um choque para mim. E10.3.*

Face à morte inesperada, os estudantes tendem a sentir-se ameaçados e geralmente vivem o luto e a perda de diversos modos, mas com alguma intensidade emocional, pelo que é necessário ajuda-los a desenvolver competências emocionais básicas. Gerir emoções é não só ser capaz de se tranquilizar, de afastar ou minimizar os sentimentos negativos, como aprender a mobilizar as emoções para atingir um objetivo, o que o implica concentrar a atenção, desenvolver a criatividade e auto motivar-se para a competência a adquirir (Diogo, 2006).

As dificuldades que os estudantes sentem são mediadas pelo acompanhamento, pelos contextos e pelo ambiente onde decorre a experiência que podem ser facilitadores ou inibidores da forma como o estudante vivencia a morte, podendo encara-la como um processo natural, ou com dificuldades acrescidas. O processo de socialização na profissão e de integração das práticas de lidar com os fenómenos de saúde/doença/morte é facilitado, se os estudantes, ou os recém-chegados à profissão, têm a oportunidade de integrar equipas onde se lida com a morte de forma natural, como refere este estudante.

*Talvez pela equipa em que fiquei inserido e pelo modo como se falava naquela equipa, passei a sentir que aquela situação, o morrer, fazia parte de um processo natural em que cada um nasce, vive, o processo termina e se morre. E5.22.*

As dificuldades que os profissionais sentem nos locais de trabalho, particularmente os iniciados na profissão podem ser minimizadas por uma integração adequada e pelo bom relacionamento humano. Nos estudos feitos em equipas de enfermagem por Coronetti,

Nascimento, Barra e Martins (2006) emergiram como fatores minimizadores do stress e das dificuldades emergentes, entre outras variáveis, o relacionamento humano que incluía a cooperação, a interação e o envolvimento com a chefia. A colaboração era entendida segundo as autoras (p. 40) como “uma parceria verdadeira, o que leva ao desenvolvimento, à satisfação e à união profissional, preservando e estimulando a comunicação, o coleguismo, o respeito e a compreensão entre os integrantes da equipa.” Sendo o coleguismo entendido como um pré-requisito fundamental para a colaboração mútua, bem como a amizade e o companheirismo que proporcionam um sistema de apoio mútuo, o qual estimula a capacidade de enfrentar as dificuldades, nomeadamente o lidar com o sofrimento o que leva a perceber a morte com constrangimento ou dificuldade em compreender ou aceitar o fenómeno.

*Foi complicado, principalmente quando as pessoas estão conscientes e expressam o sofrimento e, muitas delas, dizem que querem morrer, que estão a sofrer e não vale a pena viver. E estão a desistir da vida. Ver aquele sofrimento, todo. Custa lidar com o sofrimento das pessoas. E17.3.*

*(...) não sei se é pela morte, mas sempre há um envolvimento grande, são experiências muito marcantes para os alunos. E9.3.*

*Foi incomodativa aquela morte, porque já tínhamos uma relação com a senhora e quando já temos uma relação é pior. E16.3.*

A literatura refere que é difícil lidar com o sofrimento dos outros, o que se agudiza quando existem clientes especiais com os quais estabelecem uma relação diferenciada e singular e cuja morte pode provocar grande pesar, como se fosse por uma pessoa com a qual mantêm relações de outra ordem, que não a profissional (Franco, 2003). O estudo realizado em 2005 por Costa e Lima verificou que os profissionais de enfermagem vivem a perda do cliente com os laços afetivos, sendo difícil de elaborar o luto quando a relação com o doente e com a sua família foi rompida pela morte. O envolvimento com os clientes pode ser tão próximo que os estudantes não conseguem encontrar um sentido para o sofrimento e para a morte, como refere este estudante:

*Eu já achei que morte era uma coisa terrível, o pior que podia acontecer às pessoas, o fim de tudo. Sei lá ... nem encontrava sentido para a morte. E20.3.*

O enfrentar a morte é constrangedor e angustiante para quem a vivência, podendo ser também para quem a observa, porque provoca ruturas profundas entre quem morreu e o outro que continua vivendo. Tal fato requer ajustamentos no modo de entender, de perceber e de viver no mundo. Nos estudantes de enfermagem, sendo jovens e/ou inexperientes as reações perante a morte podem ser diversas. Como refere Pessini

(1994) podem ocorrer a nível fisiológico, emocional, social ou espiritual, processam-se de maneira diferente entre as pessoas e dependem de várias situações que circundam a morte, tais como: o tipo de relacionamento com o moribundo; a doença prolongada, ou rápida; a força e a fé; a experiência de vida e a maturidade.

As experiências de vida; as aprendizagens e reflexões elaboradas ao longo do curso; a influência de múltiplos fatores, como a cultura, os média, a religião e a filosofia de vida, entre outros, contribuem para os estudantes elaborarem a representação da morte, sendo neste caso percebida como fenómeno traumático, tabu, inevitável ou natural,

As reações e percepções diante da vida e da morte, como referem Lunardi, Sulzbach, Nunes e Lunardi (2001), estão relacionadas com o tipo de educação que receberam, as experiências que vivenciaram e o contexto sociocultural onde cresceram e se desenvolveram.

*Acho que a forma como vemos a morte é uma questão cultural (...).* E9.4.

*A forma como cada estudante encara estas situações também tem muito a ver com as experiências que tiveram como pessoa.* E14.16.

*A morte tem muitos aspetos. Se para uns aceitam para outros podem negar, rejeitar, ser um sofrimento, um motivo de revolta.* E20.7.

Na cultura ocidental a morte é caracterizada pelo mistério, pela incerteza e pelo medo do desconhecido o que nos leva a procurar respostas nos mitos, na filosofia, na arte e nas religiões, na busca de elementos que tornem compreensível o desconhecido a fim de remediar a angústia gerada. Giacoia (2005, p. 15) considera que “a forma como uma sociedade se posiciona diante da morte e do morto tem um papel decisivo na constituição e na manutenção da sua própria identidade coletiva e na formação de uma tradição cultural comum”.

O modo como encaramos culturalmente a morte é visível na maneira como a expressamos através das atitudes, da arte e dos rituais, que na opinião dos estudantes acentuam o pesar e a tristeza.

*Na nossa cultura, é muito triste, e acho que o ritual que a nossa cultura tem do funeral, do velório, ainda põe a morte mais triste, ainda a veste com uma roupa mais negra, mais deprimente.* E15.5.

Os rituais, nas diferentes culturas, assinalam momentos de passagem, no caso da morte destinam-se a proteger os vivos dos mortos e vice-versa. Nas culturas com influências judaico cristã os rituais fúnebres são acompanhados de dor e tristeza para quem fica, mas elaborados de modo a facilitar o processo de luto para os vivos e a auxiliar o

percurso dos que partem “Os rituais de morte procuram favorecer a grande viagem, as orações e as rezas facilitam a superação dos obstáculos e servem de orientação aos mortos no seu percurso” (Kovács, 2008, p. 31).

Numa sociedade de informação a representação da morte pode não ter sido só alicerçada nas tradições e nos rituais, mas também na influência que os media exercem sobre o modo como percebemos os fenómenos sociais, havendo estudantes que só contataram com a morte através do cinema o que cria uma percepção fictícia, sendo a conceção da morte elaborada na ausência da realidade vivida.

*A ideia que eu tenho da morte é muito dos filmes. Não tenho nada construído na base do real, do vivido. É uma cultura só de cinema. E18.4.*

Esta realidade é frequente, na nossa cultura, como refere Kovács (2009, p. 56) “muitos jovens não tiveram contacto próximo com a morte, esta só é vista na televisão, passada de forma distorcida e sem a possibilidade de interação”. Nos media a morte é apresentada com corpos mutilados, sangue, violência, homicídios, assassinatos e acidentes, o que distorce a imagem do morrer. “A morte passa a ter alguns contornos específicos como o carácter de violência, repetibilidade, acaso, sendo uma das formas de proteção, a crença de que a morte só ocorre nos outros” (Kovács, 2008, p. 4).

A dimensão espiritual influencia o pensamento e as atitudes face a morte. Para os estudantes incluir esta dimensão ajuda a aceitar o fenómeno com mais tranquilidade.

*Talvez pelas minhas crenças religiosas, que também me dão um certo apoio, acredito que talvez a pessoa fosse para um lugar melhor. E13.32.*

*(...) lido com pessoas que têm crenças sobre a morte e respeito isso, e acho que só lhes faz bem terem alguma crença e pensarem que há algo, para além da morte, também para se protegerem, para saberem lidar com aquele fenómeno. E14.10.*

A orientação espiritual e religiosa exerce uma forte influência nas atitudes em relação à morte, sendo os mais crentes os que menos parecem receá-la (Santos, 1993). Estudos interculturais e inter-religiosos, relacionando a ansiedade da morte com a religião, verificaram que os Hindus são os menos ansiosos e os mais crentes na vida no além, seguindo-se os Muçulmanos. Os cristãos são os que patenteiam maior ansiedade, segundo os estudos de Persuram e Sharma (1992) e de Gandhi (1994), citados por Oliveira (1998, p. 193).

A morte, enquanto fenómeno metafísico, é percebido como transição para outra dimensão existencial sendo referida sob duas vertentes: uma em que a morte abre um portal de acesso para outra dimensão, onde se continue a existir e com mais bem-estar, o

que é reconfortante face ao inevitável; outra que suscita dúvidas existenciais e reflexões filosóficas.

*Acredito que depois da morte a pessoa continue, mas noutra dimensão não física e talvez muito melhor.* E13.10.

*Eu acho que se nós acreditarmos que há mais alguma coisa, para além da morte, talvez seja mais fácil, se pensarmos que não se acaba ali, com a morte.* E17.18.

A dimensão espiritual ajuda a elaborar a ideia que a vida não é finita ou inútil e não acaba com a morte o que suaviza as emoções inerentes à perda. Como refere Bromberg (2000) muitas pessoas encontram apoio nas crenças religiosas e retratam a morte como uma passagem, e não o término da vida terrena. As religiões ao fornecerem um enquadramento para a morte ajudam a encontrar respostas ao questionamento reflexivo sobre o que se passará durante e após o processo do óbito.

*Uma insegurança. Será que vai ficar bem depois de morrer, sem dor sem sofrer, vai para um local tranquilo? Isto me levanta outras questões ....* E19.10.

*Acredito que esta vida pode não ser a única. Mas acredito que nós devemos aproveitá-la o melhor possível e, por isso, é tão importante cuidarmos o melhor possível, com tudo o que nós podemos no sentido de dar uma maior qualidade de vida àquela pessoa, naquele momento.* E13.9.

*Depois estas questões do que há para além da vida. Encontrar um significado para a morte também ajuda. Não faz sentido a vida acabar assim sem um significado. É preciso encontrar um sentido para algumas experiências humanas que nos chocam, o sofrimento, a abandono, as perdas os lutos o desaparecimento da pessoa.* E20.17.

É comum as pessoas em diferentes etapas da vida questionarem-se sobre as etapas seguintes e o que acontecerá se o seu percurso de vida for interrompido. Na perspetiva de Oliveira (1999, p. 19), a pergunta mais complexa que podemos formular é: “Qual o significado da vida e da morte?” Seguindo um leque de questões que o autor considera delicadas e inquietantes, fundamentais e fascinantes. “Como agimos perante a vida e viver, a morte e o morrer? Como realizamos esta peregrinação no planeta azul?” A morte suscita interrogações, para as quais a ciência, a filosofia, as religiões, os costumes, as tradições, as práticas e as superstições, “(...) procuram encontrar respostas efetivas, ou tranquilamente ilusórias, na tentativa de suavizar a angústia, acalmar a ansiedade, compensar a dor, e amenizar ou vencer o temor de muitos seres humanos que sofrem perante uma ameaça sufocante que os parece transcender” (Oliveira, 1999, p. 20).

Para além da perceção transcendental da morte esta também é percecionada pelos estudantes como um fenómeno inevitável, natural e término de um percurso. Contudo

não deixa de ser uma experiência que despoleta emoção a quem acompanha o processo recheado de perdas e transformações.

*Faz parte da vida, é um processo natural, mas é complicado lidar com a situação, com a perda, E17.6.*

*É triste mesmo para quem cá fica, embora seja um processo natural, nascer, viver e morrer, E16.3.*

Apesar da evolução da ciência conseguir manter as funções vitais do moribundo por dias, meses ou anos, a morte é sempre o estágio final do desenvolvimento humano. No momento em que nos percebemos como seres finitos, passamos a compreender melhor a finitude do outro, deixando de encarar a morte como um fracasso da ciência e passamos a percebê-la como algo natural e destinado a todos (Braz & Fernandes, 2001).

Podem ser elaboradas diferentes representações da morte, sendo a mais prevalente a visão negativa associada às perdas que lhe são inerentes.

*A morte para mim está associada ao perder, à degradação das capacidades intelectuais, à degradação mental, mais que a física. E10.7*

*Ainda lido mal com isso. Para mim a morte é sempre uma rutura. E20.5.*

Nos discursos a morte associada ao sofrimento, é vista como um processo traumático, como refere Penha (2009, p. 94) “durante o processo existe sofrimento, em maior ou menor grau, de acordo com a visão do mundo de cada indivíduo”. A morte assume o significado de rutura com o mundo aquilatada ao medo do sofrimento, na opinião da autora a terminologia ‘rutura’ vislumbra sempre um processo traumático em que se associa a morte a uma quebra de continuidade da pessoa, ou a uma rutura com o mundo dos vivos. Neste contexto recordamos que Kübler-Ross (2002) ensina a encarar a morte não como uma rutura ou uma inimiga a ser combatida, mas como parte integrante da vida, que realça a existência humana, delimitando o tempo de vida e impulsionando a realização de algo produtivo nesse espaço que nos é dado, pelo que deveria ser vista como uma fase da vida, tal como o nascimento, a juventude, o casamento, o ter filhos, são etapas que todos temos hipótese de concretizar, mas pelas suas características peculiares a morte é socialmente considerada um tabu (Neves, 2000).

*Penso que a morte é algo que, pelo menos na nossa sociedade, na nossa cultura não é muito abordado, continua a ser tabu. E11.12.*

*Porque a morte é uma coisa ... Toda a gente tem medo da morte. É mesmo! toda a gente sente medo. E14.3.*

A morte está presente no nosso quotidiano e, independente das suas causas ou formas, o palco de eleição continua a ser as instituições de saúde, ou de apoio social, onde é resguardada dos olhares alheios, como se não existisse não se expondo. Apesar dos avanços científicos e técnicos a morte continua a ser uma ameaça ao sentimento de onnipotência. Cada um de nós reconhece que a sua vida é limitada no tempo, mas apesar disso, a morte continua a ser rejeitada obstinadamente e considerada um tabu social (Neves, 2000).

Um maior conhecimento da forma como outras religiões e outras culturas, vêem a vida, a morte e o pós-morte podem auxiliar na construção de uma visão menos negativa. A “desconstrução” dos tabus ligados à morte, podem dar o real significado, em que “a morte não é deprimente nem sedutora, ela é simplesmente uma realidade da vida” (Rinpoche, 1999, p. 31).

Os estudantes no final do curso, consideram que este os ajudou a transformar a representação que tinham da morte e a encontrar um sentido quer para a vida, quer para a morte.

*Depois de contactar com algumas situações, eu acho que até faz sentido tudo ter um fim. Se as pessoas já cumpriram a sua missão e o viver lhe causa sofrimento, então a morte faz sentido. E20.4.*

*Começo a encará-la [a morte] com mais naturalidade. O facto de estar neste curso, de falar destas questões, acabou por me ajudar a aceitar, mas ainda com receio. E12.2.*

*(...) se for a falar com outros amigos meus da minha idade, e se calhar até já um pouco mais velhos, (...) não sabem lidar tão bem com a morte, como nós que estamos a tirar o curso de enfermagem. E13.69.*

É particularmente difícil para os jovens, de um modo geral, aceitarem e compreenderem a morte. Mas, reconhecem que o curso de enfermagem deu-lhe a possibilidade de contatar, de refletir e se posicionar perante o fenómeno, o que não é conseguido noutras áreas da formação académica dos cidadãos, que continuam a não concetualizar o fim da existência, contribuindo para esta anomia vários fatores: vivem na era das maravilhas da ciência e da tecnologia, da conquista do cosmos e do prolongamento da longevidade humana; do culto da juventude eterna; do encurtamento dos espaços e da supressão do tempo; do gozo da virtualidade e de guerras fantásticas; da entrega da cultura ao império do mercado do lucro e do marketing; da quantidade avassaladora da informação e anulação das qualidades dos critérios de valor; da lei do consumo e do descartável; do primado da violência e do individualismo e na insistência da negação da finitude (Py & Oliveira, 2006). Nesta panóplia de enredamentos a morte seria um dos fatores que



poderia retirar o sentido da vida e não um fenómeno que pode contribuir para dar mais sentido à vida.

### **Elaboração do fenómeno da morte e do morrer nos profissionais**

Alguns profissionais, tal como alguns estudantes, não tiveram experiências significativas com os processos de morrer antes do curso no contexto socio familiar, cuidaram pela primeira vez de pessoas em fim de vida nos ensinos clínicos, enquanto outros terminaram o curso de enfermagem sem nunca terem aprendido esse cuidar.

*Antes de ir para o curso eu não tive qualquer contacto com a morte. Sabia que as pessoas morriam, porque desapareciam. Mas nunca assisti a cerimónias fúnebres, velório, funerais, etc. T11.1.*

Como salientam vários participantes, o fenómeno da morte é escondido das crianças e dos jovens, não fazem essa aprendizagem social, vivem e projetam-se na ausência da terminalidade, sendo nos ensinos clínicos que, pela primeira vez, contactam com o fenómeno, para o qual não estavam despertos. Sabendo que os familiares estavam a morrer, foram afastados do processo e protegidos pela família.

*O meu primeiro contacto com a morte foi com a morte do meu avô, (...) mas a minha mãe resguardou-me da situação. T6.1.*

*O primeiro contacto com a morte foi com familiares, mas não lhe prestei cuidados. T10.1.*

Uma das causas da desinformação em relação à morte é a perda de oportunidade de aprender a vive-la no contexto familiar. A morte interdita na sociedade também o é nos lares. “Finge-se que ela está fora, que da porta para dentro reside a imortalidade individual e coletiva do clã. O assunto não é ventilado em redor da mesa ou do sofá, mesmo que a família esteja assistindo a algo sobre o tema” (Santos, 2009a, p. 23).

Na literatura consultada não se encontram estudos comparativos que evidenciem diferenças explícitas entre a experiência de lidar com a morte em jovens provenientes de comunidades rurais comparados com os de proveniência urbana, no entanto os docentes enfatizam que só tiveram oportunidade de conviver com o fenómeno quando inseridos no ambiente provinciano, porque este é facilitador da partilha de acontecimentos de vida significativos.

*Eu nasci numa aldeia onde as crianças faziam parte, desde sempre, de todo o processo, de todos os acontecimentos de vida e, portanto, lembro-me perfeitamente de ir aos velórios e funerais quando era criança. D5.1.*

*Tive muito contacto com a morte em criança, antes do curso, porque fui criada com uma senhora, na aldeia (...), que ia muito a funerais e eu ia com ela. Portanto a morte sempre foi algo que esteve perto de mim. Havia a prática de beijar o morto e isso era perfeitamente normal para mim. D6.1*

*Eu tive o meu primeiro contacto com o fim de vida ainda muito jovem, porque quando ia passar férias com a minha avó, ia para a aldeia e aí o ritual de acompanhar os moribundos era vulgar e facilmente aceite e inserido na comunidade. D9.1.*

Os relatos evidenciam uma das características da cultura rural, a partilha e a necessidade de estar juntos, de fugir da solidão, sendo o ‘estar com o outro’ uma situação culturalmente natural de ser e estar. “Embora os traços predominantes da cultura rural não se restrinjam à intensa presença da religiosidade e na centralidade da família, são essas as características mais acionadas nas conceções de morte e (re)significações das relações quotidianas a partir da experiência da morte de algum familiar ou membro da comunidade” (Lemos, Júnior & Rodrigues, 2011, p. 97).

Deste modo os profissionais que têm ligação familiar ao mundo rural tiveram outras oportunidades de ir percecionando a morte para além das experiências vividas no ambiente socio familiar, pela observação dos ritmos telúricos de morte e renascimento da natureza, como refere esta docente:

*Por eu viver no campo via que tudo se transformava, via as flores que morriam e no ano seguinte apareciam outras, se calhar eu associava também a um processo transformativo a morte e o desaparecimento dos animais. O que eu via na natureza e constataava influenciava mais o meu pensamento, que aquilo que me diziam. D12.3.*

Quase tudo o que nós vivemos nas relações com outras pessoas, com o nosso mundo, com o contacto direto com a natureza, pode ser, também, uma situação de aprendizagem podendo estar, ou não, conscientes disto, mas cada troca de palavras, cada troca de gestos, cada reciprocidade de saberes e de serviços com outra pessoa, cada observação e interpretação da natureza, pode ser um momento de aprendizagem sobre as leis e a organização dos seres vivos (Brandão, 2005).

Enquanto alguns profissionais que desenvolveram e estruturaram a ideia de morte com base numa aprendizagem familiar, social e ecológica, outros só contataram com o processo de morrer como estudantes de enfermagem, ou mais tarde na vida profissional.

*No curso de enfermagem nunca cuidei de ninguém que tivesse morrido ou estivesse num processo de fim de vida. D7.3.*

*(...) nem no curso tive contacto com a morte. T8.1.*

Continua a haver enfermeiros que não tiveram a oportunidade de desenvolver aprendizagens para cuidar de pessoas em fim de vida durante o curso, sendo esta

experiência vivida pela primeira vez na vida profissional sem apoio dos tutores ou dos docentes. Este desamparo pode levar à insegurança, ou até à incapacidade em se confrontar com a morte do outro, como salienta esta enfermeira.

*Nos serviços há enfermeiros com 30 anos, ou mais, de carreira que ainda lidam mal com a morte. Os doentes morrem sempre no turno seguinte. Não conseguem digerir o fato do doente lhes morrer. Mas o doente não nos morre! O doente morre 'ponto final'. T3.36.*

Nos serviços podemos encontrar profissionais com necessidade obsessiva de banir ou reparar o sofrimento e os problemas que encontram, comportam-se como 'cuidadores compulsivos' ou 'personalidades salvadoras'. Não são um bom exemplo para os estudantes, geralmente da sua postura, como referem Neto, Aitken e Paldron (2004) emerge uma atitude de controlo, com dificuldade em relaxar, um perfeccionismo exagerado que leva à inflexibilidade e a não aceitar a realidade do outro e da morte.

É frequente a primeira experiência de contacto com a morte quando ocorre nos ensinos clínicos ser vivida e recordada como uma experiência marcante no percurso de vida.

*No meu estágio preliminar, logo no início do curso, quando estava a prestar cuidados de higiene e conforto a um doente, ele deu o último suspiro comigo, como aluna marcou-me logo. D10.11.*

*O meu primeiro doente faleceu, eu fiquei em estado de choque e vim a chorar para o corredor desalmadamente, como se fosse o fim do mundo. T7.7.*

*O dar a notícia [da morte] foi muito doloroso e traumatizante. O ser confrontada com a morte repentina foi um choque para mim. Percebi pela primeira vez que a morte não é a etapa que sucede à velhice. Pode ocorrer em qualquer momento e isso desconcertou-me. T11.6.*

Nos ensinos clínicos os cuidadores veem no outro que é cuidado o seu referencial externo, sendo através desse relacionamento que pode ocorrer uma identificação, o que torna difícil a aproximação do profissional ao doente na iminência de morte, “pois poderia acarretar uma possível correlação com sua própria morte (do profissional), para a qual pode não estar preparado” (Moreira & Lisboa, 2006, p. 151). Sendo frequente, nos jovens, este despreparo para enfrentar a complexidade de uma situação de fim de vida.

*Eu não estava preparada para aquela morte. Fui para um estágio de medicina, sem que nos tivessem abordado a morte. T6.6.*

*Senti que tive mais facilidade que as minhas colegas, também estudantes, por ter já uma experiência com a morte, muitas nem conseguiam tocar no corpo do morto. D6.9.*

É frequente os iniciados na profissão de enfermagem terem o contacto com a morte nas primeiras experiências de incursão aos locais de prática profissional, sem que a escola tivesse oportunidade para os preparar previamente para esta realidade.

Todos os profissionais entrevistados já tinham cuidado de pessoas em fim de vida, mas alguns só aprenderam essa prática nos serviços para onde foram trabalhar porque o cuidar de pessoas moribundas passou a fazer parte da rotina dos seus serviços, não tendo desenvolvido competências prévias no seu percurso académico.

*Só tive contacto com a morte quando comecei a trabalhar, no primeiro ano de profissional em 1977. T8.2.*

*O meu primeiro contacto com a morte foi como profissional no serviço de urgência, onde trabalhei nos primeiros 5 anos. T2.1.*

*Eu cuidei pessoas em fim de vida pela primeira vez já como profissional, foi uma experiência diferente dos outros cuidados, prestados a outras pessoas. O meu contacto foi em CSP em contexto de visita domiciliar, portanto em casa das pessoas. D7.18.*

Este despreparo dos profissionais de saúde em relação ao cuidar pessoas em fim de vida é frequente. Santos (2009a) considera que a realidade é cruel, porque dezenas de milhares de profissionais que lidam diariamente com a morte, infelizmente, não recebem qualquer formação na área, o que se repercute nos cuidados aos utentes, bem como no sofrimento psíquico, existencial e espiritual desses profissionais. O luto, mal elaborado e não reconhecido dos profissionais de saúde, é uma das razões pela qual a depressão os tem acometido. “A diferença entre as pessoas em geral e os profissionais de saúde é que, na vida destes, a morte faz parte do quotidiano, tornando-se companheira de trabalho” (Kovács, 2009, p. 55).

As diferentes experiências vividas pelos profissionais influem o modo como é percebida a morte, se para alguns é vista como algo natural, para outros é sentido como traumático, doloroso, havendo os que lidam com o fenómeno com mecanismo de coping nem sempre adequados. Os que a vivenciam como algo natural explicitam diferentes perspetivas como: alternância entre processos de anabolismo e catabolismo celular, ou oportunidade para cuidar e estabelecer uma relação de ajuda e de proximidade com a pessoa enferma, ou como uma força libertadora do sofrimento.

*Víamos a degradação da pessoa e acabamos por encarar a sua morte de forma natural. T3.2.*

*A morte existe para mim neste momento. Basta pensar nas minhas células que estão a morrer. Como diziam as teóricas de enfermagem: Ropper, Anderson. A morte é um estado transitório do ser que alterna entre a morte e a vida. D10.4.*

A vida e morte podem ser apreendidas como potências ambíguas de um mesmo processo, como referia o filósofo Heráclito de Éfeso, citado por Kirk, Raven e Schofield (1994), como uma mesma coisa, existem em nós a vida e a morte, a vigília e o sono, a juventude e a velhice: pois estas coisas, quando mudam, são aquelas, e aquelas, quando mudam, são estas. Na perspectiva biológica o princípio que caracteriza os seres vivos é a imortalidade porque as células tem aptidão para viver indefinidamente reproduzindo-se. Neste sentido a morte é percebida como o fim da existência, mas não da matéria, visto que as células e os tecidos continuam substituindo-se num processo dinâmico (Kovács, 2008).

Outro modo de encarar a morte de forma natural, é prestando cuidados de qualidade, ou vendo-a como o fim do sofrimento físico.

*Gosto de lidar com a morte e com estes utentes. São momentos em que me sinto mais próxima dos utentes e da família. Cria-se ali uma relação de ajuda e de apoio. T1.10.*

*Quando é uma situação esperada e dita normal a pessoa acaba por aceitar e começa até a ver algumas vantagens na morte, como o pôr fim ao sofrimento, que não valia a pena estar a prolongar. Começamos a pensar que custou a partida, mas se calhar foi melhor assim, terminar e não prolongar aquele sofrimento. D12.13.*

A cura da doença e o alívio do sofrimento são os principais objetivos da medicina, mas quando já não é possível a cura, nem a reversibilidade dos sintomas a centralidade do cuidar é o proporcionar alívio e bem-estar, porque se doença destrói a integridade do corpo, a dor e o sofrimento podem destruir a integridade global da pessoa. Como refere Pessini (2009), enquanto a medicina está relativamente bem equipada para combater a dor fisiológica, em relação ao sofrimento estamos perante um fenómeno mais complexo que nem sempre envolve só a dor física, mas que é uma experiência de impotência, de dor não aliviada, que leva a interpretar a vida vazia de sentido. Por isso, o sofrimento é mais global que a dor, sendo sinónimo de qualidade de vida diminuída. Por diferentes motivos o moribundo, a família, ou os profissionais podem até desejar a morte para pôr termo ao sofrimento do doente que se torna insuportável.

O morrer e experienciar diferentes perdas está presente no quotidiano das nossas vidas, como aprender a lidar com alterações orgânicas ou limitações da mobilidade e da funcionalidade, salienta esta docente:

*Aprendi a encarar, a lidar, a conviver com a situação dos doentes que vivem outra morte. A morte de mim ou de parte de mim. A morte do ser capaz de ..., a morte do ter sentido de autonomia e de ter independência. D10.12.*

Além da morte que encerra a vida, existem também mortes que acontecem no dia-a-dia das pessoas, ou seja, as perdas que ocorrem durante o percurso de vida. O modo como cada pessoa compreende esse morrer repercute-se na maneira de estar e de ser capaz de lidar com outras perdas. Mas, como refere Kovács (2003) apesar de morrer ser um fenómeno quotidiano, a maioria das pessoas utiliza diversos mecanismos de defesa para encará-lo sendo frequentemente com dificuldades, particularmente nas primeiras experiências com o fenómeno.

*Liguei aos meus pais, a dizer que a minha primeira doente tinha morrido. Na altura culpabilizei-me muito porque por ela ter morrido sozinha, porque a senhora não tinha família. Custou-me bastante ultrapassar isso. T6.4.*

*Pensar que aquele Ele morto podia ser Eu. Este espelhamento é muito doloroso. T11.8.*

*Estive muitos anos em pediatria e sofri muito com isso, embora não diretamente, mas observei e acabei por sofrer com a situação de alguns pais e mães. D12.14.*

Perante a morte podem surgir as mais variadas reações, nos estudos de Silva (2005) verificou-se que a saudade e o sentimento de angústia são oriundos da impotência diante do facto inevitável da morte de quem se cuida, o que conduz a um sentimento de vazio, tristeza e a outras reações, pela perda de uma convivência prolongada de um envolvimento amistoso entre o cuidador e a pessoa cuidada.

O lidar com a morte foi sentido por alguns profissionais como uma experiência muito intensa e particularmente difícil, porque foi vivida sem apoios, o que tornou o processo mais sofrido pela sensação de desamparo profissional.

*Tive uma experiência profissional em que fiquei traumatizada (...) Eu fiquei muito incomodada com aquela experiência durante muito tempo. Lidei muito mal com aquilo, e não tive apoio da equipa. D8.11*

*Não me centrei no doente, acho que me identifiquei demasiado. Era como se eu estivesse para morrer. Aquela situação incomodou-me imenso. Eu até pedi ajuda, mas as pessoas que estavam próximas de mim também não foram capazes de me ajudar. Eu naquela altura estava num sufoco, até porque foi o meu primeiro contacto profissional com a morte. D12.20.*

A falta de apoio da equipa, ou o apoio desta, é referido como um fator importante e valorizado no percurso profissional. Ferreira (2006) considera que é difícil o profissional de saúde dar-se sem ter um suporte familiar, social, ou profissional gratificante. Existem situações que são emocionalmente desgastantes e os serviços não estão organizados de modo a cuidar dos que cuidam, porque as organizações de saúde continuam a priorizar o conhecimento racional em detrimento das relações afectivas. “Vivemos uma cultura que desvaloriza as emoções, e não vemos o entrelaçamento

quotidiano entre razão e emoção, que constitui o viver humano, e não damos conta de que todo o sistema racional tem um fundamento emocional (Maturana, 1999, p. 15).

Paulatinamente, com o percurso profissional, vai-se alterando a forma de encarar a morte, vivenciando-a com menos ansiedade o que necessita de ser apreendido através da consciencialização de si, através de um processo de autoeducação, será possível obter mais serenidade para lidar com as significações arcaicas da morte, transformando a proximidade desse instante numa oportunidade evolutiva, como refere Penha (2009) e documentas estas enfermeiras:

*Agora já lido com a morte de uma forma mais natural, mas os primeiros utentes que morreram comigo foi muito difícil. (...) Criou-me muita ansiedade. T1.9.*

*A ideia que temos da morte vai se transformando na medida que nós vamos crescendo. T12.7.*

No processo de aprender a cuidar em fim de vida os profissionais reconhecem que nem sempre adotaram as atitudes mais adequadas, utilizando, por vezes, estratégias de coping desajustadas. O processo de coping pode incluir tanto, respostas positivas sobre o fator de stress, como respostas negativas para a saúde e bem-estar do indivíduo (Guido, 2003). Tratar do cadáver da pessoa quem se cuidou em vida pode ser constrangedor, o que leva os cuidadores a adotar diferentes atitudes para lidar com a situação.

*Lembro-me de fazermos a múmia, e estarmos em equipa, e termos brincadeiras e contarmos anedotas. Havia um distanciamento grande. Eram as nossas estratégias de coping. T5.4.*

*Os cuidados ao morto eram tidos num ambiente de brincadeira, éramos jovens nem ligávamos muito à situação, não nos tocava. T2.2.*

*Na preparação para lidar com a morte, lembro-me que no início não tinha respeito para com o corpo. A pessoa morria. Havia o ritual de fazer a múmia e eu estava na brincadeira. D2.10.*

Os comportamentos descritos como posturas inadequadas face à morte são frequentes e relatadas noutras pesquisas. Ribeiro, Baraldi e Silva (1998) revelam que era comum os profissionais contarem piadas durante a preparação do corpo morto, e não haver espaço adequado para abordar este assunto no serviço, faziam comentários sobre a morte nos vestiários por ser o ponto de encontro. A pesquisa feita por Mercadier (2004) sobre as emoções dos prestadores de cuidados, confirmou que o confronto com a morte leva a comportamentos inadequados à luz das regras dos comportamentos sociais. Sendo uma delas atitudes hilariantes, ou o riso para disfarçar o medo, como reflexo do paroxismo

emocional provocado pelo confronto com a morte e com o cadáver. Como refere este enfermeiro, pela imaturidade dos jovens, enquanto estudantes e iniciados na profissão, é frequente lidar com a morte de forma incorreta, como estratégia para inibir ou dissimular as emoções.

*A maioria dos alunos não tem maturidade para estar, para cuidar e para acompanhar estas situações. Mas nós quando éramos novas também não tínhamos posturas adequadas, mesmo como profissionais, no início também nos era difícil cuidar destes doentes.* T8.19.

Os enfermeiros desenvolvem diversas estratégias e mecanismos de defesa para enfrentar o sofrimento causado pelo contacto com o processo de morrer. Estes mecanismos de defesa geralmente inconscientes, são processados pelo ego, tem por função rejeitar a vivência e o conhecimento de situações ansiogénicas. Shimizu (2007) considera que quanto mais imaturo e menos desenvolvido estiver o ego, mais primitivas e carregadas de magia serão as defesas (omnipotência, negação, idealização, ironia, projeção e introjeção, entre outras). Da mesma forma, quanto mais evoluído estiver o ego, defesas novas e mais organizadas serão utilizadas, tais como a repressão, a racionalização e a sublimação, entre outras.

Na medida em que se vai adquirindo maturidade adotam-se estratégias de coping mais ajustadas à situação.

*É necessário que o processo de morte me continue a inquietar, para que eu consiga ser humano naquilo que faço. Se isto é válido agora, também era válido quando comecei.* T9.7.

*Para mim é securizante saber que posso partir a qualquer momento, mas que fui importante, fui útil para os outros, creio que é essa a minha missão. Então esforço-me por a cumprir o melhor que posso.* T11.14.

A forma como os profissionais lidam com as situações desgastantes depende, entre outras, dos recursos disponíveis e das restrições que inibem o seu uso, que podem ser pessoais (físico, psicológico, competências) sociais (rede de suporte social) ou materiais e financeiros. O manancial de recursos disponíveis varia de pessoa para pessoa, e no mesmo indivíduo, de acordo com o seu estágio do desenvolvimento e com a avaliação que faz do fator de stress (Lazarus e Folkman, 1984).

Os profissionais descreveram formas de percecionar a morte e o morrer analogas aos estudantes. A forma como encararam o fenómeno é mediado pelas aprendizagens sociais, pela cultura, pelos media e pela espiritualidade em que se inserem, consideram-



na um fenómeno de transição para outra dimensão existencial, bem como um acontecimento natural e inevitável que representa o término de um percurso de vida. São os enfermeiros que face à sua experiência vêm a morte como um fenómeno traumático e negativo, ou como um tabu social, o que não é expresso no discurso dos docentes.

A representação da morte depende do foco com que a olhamos, como fenómeno complexo pode ser abordada sob múltiplas perspetivas, que não sendo antípodas podem complementar-se e enriquecer o olhar do profissional.

*A minha conceção de morte depende do sentido que eu dou à vida. Nós valemos, ou somos pela vida que temos. D10.5.*

*Penso na morte e sou obrigado a pensar se estou a analisar o fenómeno do ponto de vista fisiológico, simbólico, social, espiritual, esta é uma primeira questão. D11.6.*

A morte não é só um facto biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais (Menezes, 2004). As questões ligadas à morte sempre foram equacionadas por diferentes quadrantes do saber ao longo de todas as épocas. Os filósofos procuram compreender o significado da morte; os poetas romantizam-na; os cientistas conceptualizam-na; as religiões transcendem-na; os sociólogos, antropólogos e historiadores procuram entender através dos rituais as questões socioculturais que a perpassam; os psicólogos estudam as influências que a morte pode ter em quem sofreu uma perda (Moreira & Lisboa, 2006).

Os enfermeiros cuidam dos clientes para a morte tendo em conta múltiplas dimensões da pessoa e a representação da morte que foi influenciada pelas correntes do pensamento positivo, da ilusão da eficácia técnico-científica induzida pelo modelo biomédico, da alienação transmitida pelos medias e pela conceção da religiosidade.

Na relação do doente com a família e com os profissionais é frequentemente incutida a ideia de que deve manter um pensamento positivo, pensar na cura, pois a finalidade do tratamento é essa. Ao incutir no doente a falsa esperança estão a impedi-lo de elaborar o seu processo de despedida, ou a não o respeitar na sua fragilidade.

*Temos aqui outra questão muito emergente, é a tirania do pensamento positivo. O exigirmos ao outro que tenha sempre forças e um alento que lhe dê a coragem para enfrentar as dificuldades, os tratamentos. D4.10.*

A mesma docente continua a chamar a atenção para os efeitos iatrogénicos que tais atitudes podem suscitar no doente.

*Quando eu digo ao doente: tem que ter força, tem que ter coragem, tem que conseguir superar. Se o doente não tem êxito, se o tratamento corre mal, se há intercorrências, o doente questiona-se: - Então eu não tive fé, não tive coragem, se calhar não tive o suficiente e por isso isto correu mal. D4.12.*

É necessário saber distinguir diferentes abordagens clínicas, uma centrada na cura, ou restabelecimento, e a outra no alívio do desconforto dos sintomas e cujo objetivo é contribuir para o bem-estar da pessoa e na qualidade de vida possível. Como clarifica (Lourenço, 2004, p. 107) “excetua-se os casos de doenças incuráveis, de doentes em fase terminal, em que é necessário permitir que o tempo seja vivido com qualidade, e para que isso se concretize é fundamental o doente ter um pensamento positivo, não centrado na cura, mas nas possibilidades de minimizar o mal-estar ou sofrimento”.

A atual visão da morte está impregnada pelo modelo biomédico suportado na ciência e na tecnologia veio criar “a ilusão da eficácia e da cura, do cuidado eficiente, mas impessoal, exerce influência não apenas sobre o médico, mas também sobre os enfermeiros e sobre o próprio utente” (Santos, 2009a, p. 16). O que é referido por este enfermeiro:

*A tecnologia está em constante progresso, ou pelo menos quer-nos fazer parecer que sim, e quase nos cria a noção de que vamos ser imortais, ou então que a morte vai ser sempre protelada para mais longe. Independentemente de nós sabermos que o ciclo de vida tem limite e é finito. T9.21.*

A representação da morte para além da influência do modelo biomédico, está imbuída dos efeitos alienantes que os media veiculam na construção da ideia de finitude da vida.

*A educação sobre a morte não é feita pela família em contextos reais, mas é adquirida no cinema e na TV e fica mensagem que passa nos filmes de animação nos bonecos, morre, mas volta, desaparece, mas volta..., isto tem que ser trabalhado. Não se estrutura a ideia de finitude de forma correta. D8.40.*

*Hoje na sociedade e na comunicação social estamos constantemente confrontados com a morte, mas é uma morte indireta, uma morte que nós não vemos, uma morte que nós não vivemos. Do ponto de vista da morte vivida são registos completamente distintos. D11.57.*

A representação da morte é influenciada por muitos fatores. A nível cultural os media desempenham um papel crucial numa sociedade da informação ou, por vezes, da desinformação, com o intuito de divertir apresentam programas violentos, mesmo que embalados numa linguagem destinada a crianças. A televisão projeta repetidas cenas de violência, dificultando a compreensão da irreversibilidade da morte, ao trazer, recorrentemente, a imagem do acidente ou da pessoa viva, o que na opinião de Umberson e Henderson (1992) é preocupante na medida os nascidos na segunda metade

do século XX, a primeira geração da televisão, já viram mais de 10.000 homicídios e outras formas de violência. “Os média são cúmplices com o mundo capitalista e hedonista que insiste em negar a morte, resultando num processo deseducativo, para a sociedade que serve e está inserido e para a qual deveria ter um papel educativo, transformando a sociedade num lugar mais justo” (Santos, 2009a, p. 22).

Para além das componentes da dimensão cultural, outra dimensão que influencia a representação da morte é a espiritual, sendo predominante a perspectiva judaica e cristã.

*A morte é-nos transmitida, ou contextualizada através da lente judaico-cristã. T9.5.*

*Na minha opinião nós vemos a morte muito como uma questão cultural e muito numa visão judaico cristão. D7.13.*

*Esta dimensão espiritual está muito exacerbada, nos doentes oncológicos. Nunca tive um doente oncológico que fosse ateu. Acreditam sempre numa componente divina, mística, têm uma crença, uma fé, acreditam em algo. D4.9.*

Vivemos numa tradição espiritual alicerçado nos valores judaico cristão, contudo cada vez mais, em claro tom sincrético e debaixo de um tom inter-religioso e ecuménico. A espiritualidade pós-moderna não obedece aos esquemas da sociedade cristã ocidental, em que o espiritual estava ligado ao religioso e colado a uma religião predominante. Procura-se hoje uma união e convergência entre as distintas tradições culturais e religiosas. Contudo, não podemos ignorar que em algumas culturas o fundamentalismo religioso é o guia orientador da vida em sociedade (Torralba & Roselló, 2004).

Para além da influência da cultura e da religião a visão da morte também pode ser influenciada por diversas correntes de pensamento filosófico e esotérico.

*Fui influenciada pelas práticas ligadas ao ioga, ao esoterismo, ao transculturismo ao estudo dos rituais que me levou a pensar e que me fez criar esta conceção de morte que é minha, uma conceção à luz da antropologia, um pouco híbrida. D8.5.*

O esoterismo é, ao mesmo tempo, uma forma de pensamento, de conhecimento, de doutrina, modo de abordar a realidade, conceção de universo (*teodiceia*) e um movimento espiritual e intelectual, com uma infinidade de ideias, de práticas e de realizações (Carvalho, 1998). O movimento esotérico, inicialmente restrito à elite intelectual europeia, termina por influenciar uma ampla parcela de pessoas e coloca questões relevantes sobre a religiosidade, a vida e a morte. Esta corrente de pensamento surgiu no século XIX com a crise histórica e cultural, designada por ‘*desencantamento do mundo*’, como se uma grande erosão tivesse abalado o solo seguro em que assentava a tradição religiosa ocidental, dando ensejo a uma acentuada tendência a ateísmos,

agnosticismos e anticristianismos, que se entrecruzam e acabam por configurar diferentes formas culturais. Nesse contexto, o esoterismo determina uma das vertentes mais importantes da religiosidade contemporânea, sendo a maior contribuição, segundo Carvalho (1992) a procura de equivalências, de complementos e de sínteses.

A morte influenciada por uma visão ecuménica, é referida como um fenómeno metafísico, estando presente nos participantes a convicção da vida para além da morte biológica, sendo a morte não o fim, mas a transição, o que suscita cogitações e dúvidas.

*Para mim, a vida é algo que vivemos cá, e a morte é uma passagem para outra etapa de vida, é uma continuidade, é passar para outro estágio, para outra dimensão, para outra etapa do processo evolutivo. D8.3.*

*Eu acho que as pessoas de uma forma ou de outra também estão cá connosco. Não estão fisicamente, mas estão de outra maneira. Se calhar isto é uma defesa minha, face a um acontecimento que custa muito. D7.9.*

*Vejo a morte como uma passagem, não vejo a morte como um abismo, como um fim. Porém tenho alguma ambivalência no meu conceito. D4.7.*

*Tenho esse sentimento de esperança que nós não somos finitos, mas infinitos. Eu tenho essa percepção. T10.7.*

Os relatos dos profissionais refletem ambivalência ou incerteza nas suas crenças, contudo, não deixam de se pautar por uma conceção organizada em torno da continuidade da vida, ou da continuidade do ser após a morte. Esta questão muito veiculada pelos conceitos de ressurreição e reencarnação desperta interesse, alimenta a construção do fenómeno e pode ajudar a encontrar um sentido lógico na existência de uma forma de vida para além da morte. Porém, este pensamento pode não se articular com os pressupostos da ciência tradicional.

*Eu sei que aquele corpo físico acaba ali. Mas a essência daquele ser pode existir noutro lado e existe certamente. Embora saiba que isto não é comprovado cientificamente, mas há certamente alguma dimensão em que aquela pessoa continua a existir. D4.8.*

A dicotomia entre a perspectiva da ciência e da metafísica tem sido controversa. Santos, (2009a, p. 3) refere que inicialmente “os cientistas ao não conseguirem apreender um princípio espiritual, ou a consciência extrafísica, por meio do microscópio ou tubo de ensaio, concluíram apressadamente a sua inexistência”. Mas, esta clivagem não tem razão de existir e o cisma entre religião e ciência, é mais do que fé contra materialismo. A ciência demite-se das questões metafísicas, como esclarece Chopra (2006, p. 84) pensa-se que “a ciência reprova a metafísica, ou desaprova todas as coisas invisíveis

associadas a deus, alma, céu, inferno. Essa presunção é ceticismo e não ciência. A ciência na era da física quântica não nega a existência de mundos invisíveis”.

Não podendo comprovar a convicção da continuidade do ser para além da morte, e expressando dúvida, os profissionais consideram que esta perspectiva é facilitadora na estruturação do pensamento sobre a morte e ameniza a angústia da separação.

*Eu também acho que as pessoas de uma forma ou de outra também estão cá connosco. Não estão fisicamente, mas estão de outra maneira. Se calhar isto é uma defesa minha, face a um acontecimento que custa muito. D7.9.*

*Pode ter a ver com uma questão religiosa, mas independentemente da religião, a mim pessoalmente, ajuda-me a encarar essa situação. Acaba o corpo, mas há algo que continua. Não sei se é a alma, se o que é, mas eu quero acreditar nisto. D2.6.*

*Para mim o meu suporte espiritual de certa forma é uma maneira de me aliviar o sofrimento que a perda pode trazer. É securizante pensar que pode haver outra forma de vida depois da morte. É uma perspectiva que pode ajudar. T4.19.*

A espiritualidade é uma força invisível essencial nas nossas vidas, traz um sentido de continuidade, de aceitação e de elaboração do significado para a existência. “Ao aprofundarmos a nossa espiritualidade, mais felizes nos tornamos, encaramos o sofrimento duma forma amena, e aceitamos a morte como razão última da nossa existência” (Lourenço, 2004, p. 99).

É interessante notar que os profissionais que não se reveem numa conceção metafísica da morte, consideram que esta perspectiva pode ajudar os crentes.

*Face às situações de sofrimento temos que arranjar explicações de outra dimensão porque não aceitamos a nossa finitude, mas não privilegio na minha abordagem pessoal da morte, essa lógica. D11.8*

*A morte para mim é o fim. As pessoas que acreditam que há algo para além da morte para elas isso é tranquilizador, mas para mim não. A morte é o fim e isso acho que também não me ajuda. T5.12.*

A crença na continuidade da existência por meio de uma passagem para um plano metafísico não é uma conceção atual, nem aceite por todos, mas é reconhecida como uma construção necessária e tranquilizadora. Na opinião de Silva e Ruiz (2003) advém de uma cultura arreigada nas civilizações antigas e cimentada ao longo dos tempos a que as culturas modernas não são imunes ou como refere Oliveira (1999, p. 100) “resulta de uma experiência pessoal emocionalmente impressiva, da admissão de testemunhos de outros, ou da dificuldade em imaginarmos o nada”.

A representação da morte está intrincada na espiritualidade dos participantes, independentemente da religião que praticam e neste contexto, parece funcionar como

um ansiolítico diante da morte e do morrer. “Torna-a um facto, de certa maneira, mais aceitável, porque ‘*inteligível*’ e, portanto, ‘*explicável*’. Ater-se à ideia de um porvir paradisíaco alenta os indivíduos perante a irrefutabilidade da morte e do seu mistério cunhado pelas culturas, em especial as ocidentais, como amedrontador e desamparador” (Silva & Ruiz, 2003, p. 21).

As questões ontológicas sempre suscitaram dúvidas existenciais, nesta pesquisa são de natureza idêntica, tanto nos profissionais como nos estudantes.

*Pensar nalguma coisa mística, era uma pessoa, deixou de existir? Foi para onde?* D2.17.

*O que me acontecia depois da morte? Acaba aqui tudo, ou não? Haverá algo para além da morte do corpo físico? Começaram a emergir a partir de então todas as questões metafísicas que antes estavam fora do meu questionamento ou reflexão.* T11.9.

A morte suscita muitos questionamentos. Partindo do princípio de que haja uma energia vital que transcende o corpo físico a que chamam de consciência, alma, espírito, ou outras designações de acordo com a cultura em uso. Coloca-se a questão: O que acontece com ela? Seria a consciência meramente resultado de funções cerebrais? Está atrelada ao caráter biológico humano? Estas e muitas outras indagações alimentam as reflexões de filósofos, pesquisadores e cientistas em geral, porém, é na religião que muitas pessoas encontram o conforto, as respostas possíveis e explicações plausíveis para situações que fogem ao domínio do científico e do racional.

Os profissionais procuram criar a convicção de que a morte é o término da vida física e um fenómeno natural.

*Tinha dificuldade em aceitar como é que a vida tem um término. Tenho feito um grande investimento pessoal de forma a compreender o modo como o fenómeno ocorre e aceita-lo como uma etapa normal neste percurso de vida.* D9.5.

*À medida que vamos envelhecendo a ideia da morte torna-se mais natural e se calhar sem querer essa visão mais próxima também nos ajuda a superar a falta dos que já partiram e traz-nos sentimentos de aceitação.* D12.10.

A relação com a morte vem se transformando, não só na perspectiva individual, como coletiva. Na perspectiva individual à medida que a pessoa avança na idade tende a aceitar melhor a morte. A velhice, na perspectiva de Erikson (1989) poderá ser o topo de um processo de desenvolvimento, que possibilita ao sujeito perceber o produto das suas vivências nas etapas anteriores, habilitando-o a avaliar a vida como um processo, a essa capacidade o autor chama de sabedoria. Na perspectiva coletiva a morte foi considerada como um acontecimento natural, inevitável e aceite. Mas, esta relação de familiaridade

foi na opinião de Imedio (1998), sendo substituída na cultura ocidental por outra, em que a morte passou a estar escondida como algo sujo e vergonhoso, sinónimo de absurdo, horror, sofrimento, algo insuportável. Por isso é vulgar ser percecionada como um fenómeno traumático e a evitar.

*Passou a ser uma coisa terrível, a levantar-me muitas dúvidas, muitas questões a sentir muita ansiedade, quando no início fui trabalhar para o hospital eu não queria que nenhum doente morresse no meu turno, andava sempre a tentar que ele passasse para o turno seguinte. T12.8.*

*Não me custa saber que vou morrer, o que me custa é o sofrimento, a desfiguração, as perdas, o perder as forças, a perda da capacidade de pensar e de me relacionar. As perdas que este processo de agonia traz é que assusta a gente. T11.17.*

Os profissionais de saúde são treinados e motivados para desempenhar tarefas heroicas: dar suporte à vida, manter o equilíbrio do organismo, ressuscitar. A morte é tida como uma inimiga a ser combatida, nem sempre por amor e respeito à vida que se esvai, mas pelo prazer egoísta de a vencer. A morte é um obstáculo que precisa ser transposto rumo ao sucesso profissional. Frases como ‘eu nunca perdi um doente’ ou ‘ninguém morreu nas minhas mãos’, ilustram a postura de transformar vidas em troféus (Carvalho, 2009).

Os enfermeiros são os primeiros profissionais a lidar e a sentir a proximidade da morte, uma vez que prestam desde os mais simples aos mais complexos cuidados, principalmente quando o doente se encontra em estágio final. Mas, “Apesar da morte fazer parte das rotinas, todos desejam sempre que aconteça nos outros turnos, que não os seus” (Bretas, Oliveira & Yamaguty, 2006, p. 482). Só quando os profissionais de saúde entenderem a morte como parte da existência “é que poderão estar com o doente na sua terminalidade, não se antepondo à morte como um desafio à vida, mas como parte integrante e inalienável da mesma” (Boemer, 1989, p. 133).

A morte é percecionada pelos enfermeiros como um tabu social em que não é falada, não é ensinada, é escondida criando a ilusão de que não existe.

*Esta fase de doença avançada é de grande sofrimento para todos, até porque a maioria das vezes os familiares não querem falar sobre a morte com o doente, é tabu e tentam evitar o confronto de falarem sobre o assunto. T1.6.*

*Na nossa vida pessoal, ninguém nos ensina a lidar com a morte, a morte é quase um assunto tabu. T9.14.*

O tabu da morte traz, entre outras, duas consequências destruidoras, na perspetiva de Gameiro (1993): a primeira reduz a visão humana da vida perspetivando-a numa ficção ilusória de que a morte ou não existe, ou estraga a qualidade do viver presente; a

segunda impede as pessoas de refazerem um projeto de vida com qualidade para tempos de crise, de fracasso, de velhice, de luto e de doença terminal. Cezário (2011, p. 308) considera que o mais importante “é a atitude que assumimos e a capacidade de encarar a doença e a morte. Se isso consitui um grande problema na nossa vida particular, se a morte é encarada como um tabu horrendo, medonho, jamais chegamos a afronta-la com calma ao ajudar um doente”.

A morte tem associada uma forte componente cultural e religiosa e manifesta-se pela expressão ou inibição de sentimentos e emoções, sendo estes exacerbados ou contidos em função dos contextos socio culturais onde decorrem. Sem dissertar sobre a diferença entre sentimentos e emoções, porque os participantes referiram o que sentiam face à morte e ao morrer sem diferenciar os conceitos, consideramos que cada pessoa sabe de forma empírica o que é uma emoção. Na opinião de Rispail (2003) é um sentimento incontrolável que provoca manifestações físicas sentidas de maneira agradável, ou desagradável, sendo de duração e intensidade variável. As emoções impõem-se de forma espontânea, ao contrário de um pensamento que podemos controlar ou elaborar.

O estudante ou o enfermeiro, pela riqueza de situações com que se depara, “(...) vai sentir durante os estágios ou nas suas diferentes atribuições, uma enorme variedade de emoções inéditas, de forte intensidade e muitas vezes com intervalos curtos. O aparecimento de uma emoção na esfera do consciente produz-se de maneira involuntária, mas a gestão desse sentimento pode ser controlado” (Rispail, 2003, p. 31).

Para analisar sentimentos ou emoções que a morte suscita nos participantes optou-se pelo método de contagem direta de palavras em detrimento da técnica de análise de conteúdo, numa asserção mais de carater quantitativo, porque frases curtas expressavam vários sentimentos. O quadro 10 sintetiza a organização dada ao conteúdo emergente nas 44 entrevistas.



Quadro 10. Sentimentos /emoções associados à morte

Sentimentos Estudantes (E)	n	Sentimentos Docentes (D)	n	Sentimentos Tutores (T)	n
<b>Indicadores de bem-estar</b>					
		alívio	2	alívio	1
		paz	3	paz	1
		tranquilidade	3	tranquilidade	3
		calma	1	calma	2
		serenidade	1		
aceitar	4	aceitar	2	aceitar	3
algo natural	5	algo natural	1	algo natural	1
		amor	1	amor	1
		compaixão	1	carinho	1
		esperança	1	esperança	1
		perseverança	1		
ajudar os outros	1	dever cumprido	1		
		sentimentos ambivalentes	1		
<b>b) Indicadores de mal-estar</b>					
tristeza	13	tristeza	2	tristeza	3
sofrimento	5	sofrimento	5	sofrimento	4
saudade	4	saudade	3	saudade	3
perda	4	perda	2	perda	1
angustia	2	angustia	2	angustia	2
medo da morte	3	medo de morrer	1	medo	1
medo de morrer só	1	dor	1	dor	3
recordação	1	negação	2	negação	1
algo negativo	4	culpa	2	culpa	1
impotência	3			impotência	2
frustração	2	frustração	1	rejeição	1
revolta	3	Irritação	1	revolta	1
ansiedade	1			ansiedade	2
afastar a ideia / evitamento	2			fuga	1
separação / despedida	3	falta de contacto físico	2	Identificação	1
		mal-estar	1	intranquilidade	1
				desolação	1
				mágoa	1
				raiva	1

Face ao material recolhido a opção metodológica para o seu tratamento não foi a de analisar separadamente os sentimentos/emoções expressos nos discursos dos entrevistados, mas antes de analisar diferenças/semelhanças entre os grupos de participantes. Estes expressam dois tipos de emoções/sentimentos, que denominamos de mal-estar e por oposição de bem-estar. Os de bem-estar como alívio, paz, calma, serenidade, aceitar, algo natural, amor, compaixão, esperança, perseverança, são mais

expressivos no grupo de docentes. Nenhum estudante identificou sentimentos idênticos aos que os profissionais viveram, como: paz alívio, tranquilidade, calma, amor, carinho, sendo os sentimentos associados à morte expressos no sentido do mal-estar, como: saudade, sofrimento, perda, culpa, negação, angustia, frustração e medo.

É frequente emergir este tipo de sentimentos nos profissionais de saúde. A literatura é profícua nesta temática e diferentes autores citam nos resultados das suas pesquisas sentimentos idênticos aos referidos pelos participantes. No estudo de Jamine e Hirdes (2007) verificou-se que a morte é capaz de gerar muitos pensamentos dirigidos à emoção, mesmo quando os profissionais são orientados apenas a refletir sobre a mesma, “sendo a impotência, a culpa e a raiva, vivenciados com muita dor, o que determina que alguns profissionais, ou estudantes se mantenham distantes dos doentes em fim de vida, devido aos sentimentos de culpa, ou de impotência” (Jamine & Hirdes, 2007, p. 94).

Neste estudo os participantes tendem a situar-se ou no lado dos sentimentos ligados à estados de tranquilidade ou de mal-estar, no estudo de Sapeta (2011) os profissionais de enfermagem referiam sentir-se ambivalentes e contrariados entre aquilo que entendem ser o seu agir profissional e o cumprir as prescrições médicas, levando estes dilemas a enredar-se num compromisso confuso e paradoxal, expresso por frustração.

No estudo de Oliveira, Brêtas e Yamaguti (2007) sobre as representações de estudantes de enfermagem acerca da morte e do morrer emergiram sentimentos de indiferença, tristeza, impotência, medo de expressar sentimentos e culpa. Como refere Rabiais (2010) os estudantes em ensino clínico, além de se confrontarem com situações novas, vão ter oportunidade de vivenciar momentos especiais de sofrimento, de agonia, ou até de morte que servem de aprendizagem para lidar com os seus valores, as suas emoções, medos e angústias ao cuidar do outro, que por sua vez, também expressa os seus sentimentos e valores ao interagir com o estudante, sendo neste intercambio relacional que se processa a aprendizagem.

Diferentes pesquisas apontam para que a morte está associada a sentimentos negativos decorrentes do medo de a confrontar ou, como questiona Rinpoche (1999, p. 38): “Porque vivemos com tanto medo da morte? Porque o nosso desejo instintivo é de viver e de continuar a viver, e que a morte representa o fim brutal de tudo o que nos é familiar”.

## **Síntese da percepção sobre a morte**

Neste subcapítulo abordamos cinco aspetos relativos à percepção do fenómeno da morte, que incluiu o contexto onde contataram com o fenómeno, o modo como o percecionaram, os fatores que contribuíram para estruturar a ideia da morte, a representação desta e os sentimentos e emoções que as experiências significativas de lidar com a morte evocaram. Pretendeu-se analisar diferenças e semelhanças entre os grupos de participantes. Sendo grupos com características diferenciadoras apresentam vários aspetos comuns. Apesar da heterogeneidade formativa os profissionais vivenciaram experiências com o processo de morrer, similares às referidas pelos atuais estudantes, ou seja, nem sempre fizeram aprendizagens sociais no sentido de conviver, ou lidar com a morte em ambiente doméstico e comunitário, sendo frequente confrontarem-se pela primeira vez no ambiente institucional. Contudo, continua a haver estudantes que terminam o CLE sem terem feito essa aprendizagem, considerando que cuidar no fim de vida, é idêntico ao cuidar a pessoa doente noutra situação para manter a saúde, ou recupera-la.

Lidar com a morte não é só assistir à cessação das funções vitais, mas cuidar da pessoa nas diferentes dimensões e ser confrontado com as questões existenciais da pós-morte, independentemente das convicções filosóficas ou religiosas da pessoa, sendo esta tarefa remetida para os profissionais de saúde sem que tenham obtido preparação para tal. Uma das formas de percecionar a morte é como disfunção orgânica, óbito, fenómeno traumático para o qual não se estava preparado. Considerado um acontecimento negativo, um mal que devia ser tratado, algo não esperado acontecer ao doente e que lhes compete evitar ou suprimir. Essa ideologia clínica da morte, contraria à da morte como processo natural, pertence à subtração do espaço social das vivências domésticas, ocultando-a no espaço tenebroso das enfermarias e retirando-a do campo de visibilidade, para a encerrar de forma silenciosa, discreta e velada no hospital, ou seja, na morte institucionalizada. Dessa experiência está ausente a antiga dimensão de despedida, que fazia da morte um ritual de passagem, uma transição para o além, pranteada e exposta nas salas de visita ou nos quartos das famílias tradicionais (Giacoia, 2005).

Na procura de compreender a morte, como se faz com outros acontecimentos de vida e, não se conseguindo, alguns participantes recorrem ao suporte fornecido pelas religiões

que defendem a imortalidade do Ser amenizando a sensação de rutura ou de vazio. Como referem Moreira e Lisboa (2006) é confortável pensar que há uma energia no homem que lhe confere a vitalidade, e quando o corpo morre, essa energia (alma, espírito) transcende-se e desloca-se para um outro espaço, de acordo com cada crença.

Pela síntese das várias narrativas verifica-se que a ideia da morte foi cimentada sob a influência da dimensão cultural e espiritual, emergindo a construção de continuidade da vida, mas noutra dimensão. A crença noutra vida após a morte, na opinião de Silva e Ruiz (2003), ameniza o conflito da perceção da morte no momento do cuidar, pois o sentimento de perda da pessoa quando esta morre é substituída pelo conforto espiritual de saber que esta transcende para uma nova dimensão, ou para o início de um novo ciclo.

É de salientar que não é expressa a ideia de morte elaborada a partir da formação holística em enfermagem, o que sugere que a ideia de morte se foi elaborando numa construção mais socio cultural e espiritual que académica, pelo que seria adequado questionar: Qual o sentido que atribuímos atualmente à experiência existencial e antropológica da morte? Somos os herdeiros do *‘esclarecimento científico’*, como refere Giacoia (2005, p. 18), esse movimento que promoveu a racionalização completa e a dessacralização de muitas esferas da cultura. De posse dessa herança cultural herdamos da morte uma vivência dessacralizada, leiga e sobretudo clínica, ou seja, um modo de representação e aculturação que se desdobra praticamente apenas no registo biológico da morte no sofrimento e na degradação que lhe está associada.

A crença de continuidade da vida após a morte, porém noutra dimensão, relatada pelos participantes, pode ser aproveitada para ajudar a construir a ideia da importância de não cuidar só do corpo, mas de um cuidar holístico que inclua outras dimensões da pessoa.

Quanto à expressão dos sentimentos e emoções face à morte seria adequado reconstruir o sentido da dor, do sofrimento e do destino do Ser, através de um processo educativo que permeie todas as fases da vida e concepções da morte e não apenas uma elaboração sustentada em crenças religiosas ou nos media. Como salienta Penha (2009, p. 99) “é curioso notar que no nosso tempo só cuidamos da educação para a vida”.

Numa proposta de compreensão da morte é necessário um processo educativo que ajude a lidar com as representações dos diferentes significados da morte. “O homem nasce e ensinam-lhe a educação para a vida. Não obstante a morte ser o arco-cego negado,

omitido e pintado nas cores do vazio misterioso. Por isso nem há vida plena nem morte tranquila. Tudo se resume a uma vida sobressaltada que as religiões alimentam” (Garcia, 1996, cit in Penha, 2009, p. 99).

No processo de estruturação do pensamento sobre a vida e a morte, somos influenciados por múltiplos aspetos que interferem com a representação social e profissional que construímos. Numa cultura que faz da morte tabu e a exclui das experiências de vida, a conceção da morte é, por vezes, percecionada através dos efeitos especiais dos media que a fantasiam e distorcem, inundando nos com torrentes de imagens estereotipadas. Em substituição deste efeito, que tem por objetivo captar audiências, seria mais adequado proporcionarem um espaço para debater e permitir a reflexão em torno da morte de forma menos exuberante e mais pedagógica. Não se trata de eliminar ou ocultar o assunto, mas trata-lo com dignidade e de forma mais humana (Kovács, 2009).

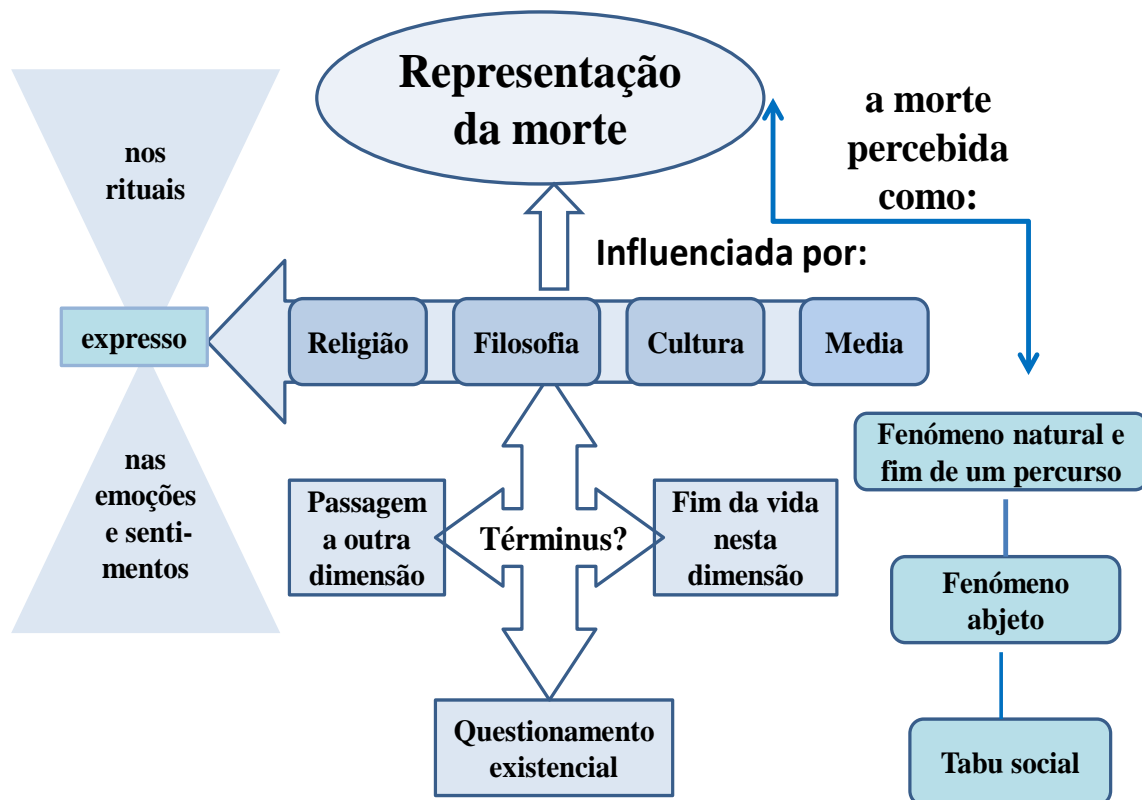
Por outro lado assistimos à informação veiculada sobre o desenvolvimento das biotecnologias e ao poder que estas colocam à disposição do fazer humano, criando novas possibilidades em matéria de procriação humana, de descodificação e mutação do genoma (Giacioia, 2005). Esta informação altera a forma de perspetivar a vida e a morte, fazendo surgir novos dilemas não só relativos ao direito de transmitir vida e/ou de suprimi-la, mas de remodelá-la e de reconfigura-la, em que o homem tem a possibilidade de dirigir a evolução biológica e corrigir os defeitos da sua própria natureza, transformando-se num cosmocrator, tarefa antes só acessível aos deuses.

Face a tais condições emergem crenças e esperanças de imortalidade que alimentam o desejo de perpetuar a vida ou de reencarnação. Este pensamento adquire hoje um contorno inusitado, digno de ser repensado em toda sua extensão e profundidade. Esta conceção não religiosa, mas científica permeia novas formas de interpretação da vida, de transformação e prolongamento do material biológico, abrindo a porta para indagações que a formação ética dos profissionais de saúde deve ajudar a equacionar, compreender e encontrar formas de resolução sem perder de vista os valores da ética e as questões existenciais (Giacioia, 2005).

Os sentimentos e as emoções expressos pelos participantes estão associados a dois aspetos: à condição humana dos profissionais e à impotência frente às diversas situações que enfrentam diariamente. Aceita-las é caminhar em direção a uma consciência amplificada da existência, elaborando sentimentos de amorosidade e solidariedade que surgem do reconhecimento da pessoa através da compaixão, que significa sofrer com o

outro e não sofrer pelo outro, acompanhar e auxiliar no alívio do sofrimento alheio, sem se sentir ameaçado. Os enfermeiros ao viverem com as pessoas os acontecimentos de vida, não necessitam ter uma experiência traumática ou debilitante, pode ser estruturante e evolutiva, contudo, exige formação (Liberato, 2009).

Figura 11. Fatores envolvidos na representação da morte.



## 1.2. APRENDER A CUIDAR EM FIM DE VIDA

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado.  
Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.  
Portanto, abrange mais que um momento de atenção.  
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,  
de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”*  
(Boff, Leonardo, 2010)

A preparação do futuro enfermeiro para prestar cuidados no século XXI exige um profissional apto a integrar uma equipa multidisciplinar de saúde, ser criativo, ter um pensamento crítico e reflexivo, ser capaz de identificar e resolver problemas, ter adquirido competências relacionais técnicas e científicas inerentes ao cuidar.

Para alcançar o perfil de enfermeiro prestador de cuidados gerais, definido pela Ordem dos Enfermeiros (2011) é necessário ir desenvolvendo aprendizagens ao longo da formação. Neste subcapítulo analisamos o percurso formativo dos participantes que referem o modo como foi obtida a preparação para cuidar em fim de vida; as dificuldades sentidas no percurso de aprendizagem e os fatores que contribuíram para os capacitarem.

Os participantes consideram que a formação obtida primeiro no ambiente familiar e social e posteriormente no curso de enfermagem, deram contributos para aprender a cuidar, contudo os profissionais salientam que foi na formação pós graduada que adquiriram mais subsídios para o cuidar em fim de vida.

As dificuldades sentidas são comuns aos dois grupos, porém os estudantes referem dificuldade em cuidar em diferentes contextos, enquanto os profissionais consideram a falta de apoio da equipa. Relativamente aos fatores que contribuíram para a aprendizagem estes diferem: para os estudantes foram significativas as experiências formativas ocorridas ao longo do CLE, para os profissionais foi importante a aprendizagem ao longo da vida.

O quadro 11 sintetiza as subcategorias emergentes e os indicadores de análise em que foram agrupadas as unidades de registo.

Quadro 11. Formação para cuidar em fim de vida

Categoria	Subcategoria	Indicadores	UR
1) Onde foi obtida a preparação	1 a) Obtida no ambiente familiar e social.		(E=5) (D=6)
	1 b) Obtida no Curso de Enfermagem	Aprender a estar atento às necessidades e a cuidar do outro	(E=5) (D=6) (T=2)
		Aprender com as experiências dos ensinamentos clínicos	(D=10)
		Cuidados em fim de vida não eram uma prioridade na formação do curso	(D=6)
		Experiências de aprendizagem foram insuficientes no curso	(T=11)
		Falta de maturidade foi um obstáculo	(T=3)
	1 c) Obtida na formação pós graduada	Aprender nos cursos de pós graduação em enfermagem	(D=4) (T=4)
		Aprender noutros cursos pós graduados	(D=4) (T=3)
2) Dificuldades no percurso de aprendizagem	2 a) Dificuldade em estabelecer a relação com o cliente e com os familiares		(E=6) (D=4) (T=6)
	2 b) Dificuldade em cuidar das famílias		(E=10) (T=5)
	2 c) Dificuldade em cuidar do corpo que não responde		(E=9) (D=1) (T=4)
	2 d) Dificuldade em lidar com a morte em jovens		(E=11) (D=7)
	2 e) Dificuldade em cuidar nos diferentes contextos onde se encontra o doente		(E=5)
	2 f) Deficit na formação sobre a morte		(E=7) (D=4) (T=4)
	2 g) Dificuldade em gerir as emoções		(E=15) (D=7) (T=12)
	2 h) Falta de apoio da equipa		(D=3) (T=2)
3) Fatores que contribuíram para a aprendizagem do estudante	3 a) Ensino teórico ao longo do CLE	Conteúdos gerais do curso	(E=17)
		Conteúdos específicos do curso	(E=9)
		Conteúdos opcionais do curso	(E=5)
		Referenciais teóricos	(E=25)
	3 b) Contextos onde decorrem os EC	Contexto de cuidados paliativos	(E=2)
		Cuidados de saúde primários	(E=3)
	3 c) Metodologias do processo de ensino aprendizagem	Projeto de ensino clínico	(E=6)
		Discussão e partilha de estudo de casos	(E=20)
		Reflexão sobre a prática	(E=30)
		Jornal de aprendizagem	(E=64)
	3 d) Supervisão clínica dos orientadores dos estudantes	Expetativas dos estudantes sobre os orientadores	(E=10)
		Aprendizagem por modelos de boas práticas	(E=5)
		Valorizar as experiências	(E=6)
		Promover oportunidades de aprendizagem	(E=3)
		Partilhar saberes e práticas	(E=5)
		Estabelecer uma relação pedagógica de proximidade	(E=9)



4) Fatores que contribuíram para a aprendizagem dos profissionais	4 a) Filosofia de vida	Valorizar a dimensão cultural e espiritual	(D=7) (T=4)
		Auto aceitação de si	(T=6)
	4 b) Reflexão sobre a prática		(D=6) (T=7)
	4 c) Experiência profissional	Melhorar o cuidar em fim de vida	(D=6) (T=13)
		Desenvolver a comunicação	(T=8)
		Desenvolver atitudes adequadas	(T=5)
	4 d) Aprendizagem com a equipa	Apropriar-se dos saberes e da experiência dos pares	(D=6) (T=10)
		Partilhar dificuldades com a equipa e com os pares	(D=7) (T=8)
	4 e) Formação ao longo da vida	Aprendizagem em contexto informal	(D=16) (T=16)
		Aprendizagem em contexto formal	(D=10) (T=10)

### Formação para cuidar em fim de vida: a perspetiva dos estudantes

A preparação para lidar com a morte pode ser obtida em diferentes contextos. Os estudantes referiram a obtida no ambiente sociofamiliar e na formação académica no CLE. Apesar de pouco valorizada a importância das aprendizagens feitas no ambiente familiar, contudo, quando o referem, enfatizam os conceitos, os princípios e valores éticos adquiridos na família ou na formação espiritual e religiosa.

*(...) Sou obrigada a ter tanto uma visão da vida, como da morte, que não é só o ler livros, mas foi também a forma como eu fui educada, e eu própria já estou num processo de ajudar a educar os outros. E13.8.*

*Para cuidar de pessoas em fim de vida eu creio que a minha família também contribuiu para isso. A minha formação o que me ensinaram desde criança a ajudar as pessoas, o preocupar-me com os outros, a estar atento às necessidades dos outros. E19.15.*

A aprendizagem de padrões de conduta moral e social referida, foram elaborados a partir das experiências com base em procedimentos imitativos e de identificação tomados ao mundo adulto. Desde Platão (427-347AC) que se teoriza sobre a importância da educação baseada em princípios humanistas aprendidos com a família, o que é corroborado por Martins e Branco (2001) ao referirem que a imitação de padrões de comportamento social dos pais é um recurso de organização de padrões interativos facilitadores da adaptação ao ambiente. Para além da pedagogia familiar, a elaboração da dimensão espiritual, por vezes alicerçada num ensinamento religioso, ajuda a compreender melhor as questões ontológicas e alguns conteúdos das disciplinas lecionadas no curso, como referem:

*A minha formação moral e religiosa que eu já trazia para o curso, ficou mais sustentada com as aulas de ética. E19.21.*

*Não posso dizer que foi uma religião em especial, que me orientou, mas as religiões procuram dar uma explicação para estas questões ontológicas, o que ajuda bastante. E20.18.*

A construção da componente espiritual está relacionada com a essência da vida e pode promover comportamentos e sentimentos de esperança, de amor e fé, numa perspetiva de subjetividade e transcendência. A religiosidade é uma relação com a força divina ou sobrenatural, está ligada ao sagrado ou a uma doutrina e pode servir de veículo para expressar a espiritualidade a partir de valores, crenças, práticas e rituais que podem fornecer respostas às perguntas essenciais sobre as questões de vida e morte, como referem Chan, et al (2006).

Outro contexto onde foram elaboradas aprendizagens foi o curso de enfermagem. Nos ensinamentos clínicos aprenderam a descentrar-se de si e a centrar-se no outro, que sendo diferente, pode estar a sofrer ou a morrer.

*(...) o lidar com esse sofrimento também fez com que tivesse, possivelmente, outra visão sobre as coisas, e fez-me crescer a nível de lidar com a morte. E13.11.*

*Na enfermagem falamos muito na enfermagem cultural. É importante perceber o sentido que as pessoas de cada cultura ou religião dão à vida e à morte. Para dialogar com eles temos que nos sintonizar nos pressupostos de cada um. E20.19.*

No curso aprenderam a cuidar de pessoas numa perspetiva holística, que se contrapõe ao modelo biomédico, o que requer desenvolver, mobilizar e articular diferentes saberes e competências, que se traduz num processo complexo onde os estudantes vão paulatinamente contornando as dificuldades na aprendizagem, que se podem sintetizar em dois aspetos: os extrínsecos relativos à natureza dos cuidados e os intrínsecos que podem estar ligados a aspetos cognitivos ou emocionais, como déficits de conhecimentos e de gestão de emoções.

Uma das dificuldades mais referida foi não conseguir estabelecer a relação com o cliente, por não saber o que dizer em momentos determinantes da interação.

*Depois, no estágio temos uma atitude de reserva, de não nos expormos, que é, se eu não sei muito bem o que dizer o melhor é estar calado. E18.20.*

*É tão fácil administrar medicação ou posicionar uma pessoa em fim de vida, como outra pessoa qualquer. O que é mais difícil é falar com essa pessoa. O que é que eu vou-lhe dizer? E7.6.*

*O falar com as pessoas e não saber o que se pode ou deve dizer, como é que o doente ou a família estão a aceitar, ou não, aquela situação. Fica por vezes uma situação muito constrangedora, por não sabermos como agir ou o que falar. E20.20.*

Os cuidadores em contacto com os diversos sentimentos vividos pelos doentes e seus familiares face à aproximação da morte, sentem-se inseguros sobre como posicionar-se face ao sofrimento e à dor, que nem sempre podem aliviar, tendo de elaborar também as suas perdas, principalmente dos clientes com quem estabeleceram vínculos mais intensos (Kovács, 2003).

O momento de falar com a família que acaba de perder o familiar é considerado uma das situações mais constrangedoras.

*A pessoa está num momento de tensão pela morte do familiar, quer desabafar com o enfermeiro. Mas a minha questão sempre foi: Agora o que é que eu digo? Digo alguma coisa? Ou estou calada? Ou só oiço? E14.26.*

Sabemos que a enfermagem é a equipa que mais acompanha o doente e a sua família, sendo a principal companhia no processo de morrer. Se desenvolver competências comunicacionais o enfermeiro consegue que o utente e familiares expressem melhor os seus sentimentos e pensamentos, sendo o treino e a perícia na comunicação fundamental para o sucesso dos cuidados. Polastrini, Yamashita & Kurashima (2011) enumeram alguns princípios a ser seguidos para uma relação eficaz com os clientes como: permitir que o utente tome a iniciativa; respeitar os direitos da pessoa; transmitir esperança; perder o medo de falar sobre as emoções; evitar frases que não consolam e não negar ou desprezar as emoções.

O cuidar da família é um acto complexo, particularmente quando o acompanhamento é prolongado, nas situações que os familiares não compreendem a morbimortalidade da afeição e quando se cuida no contexto domiciliário.

*No curso dão-nos os contributos necessários para lidar com a morte. Mas para lidar com a família é mais complexo, as famílias estão mais apelativas, mais sensíveis, aí o diálogo é mais complicado saber o que posso e não posso fazer, o que devo e não devo dizer. E8.14.*

*No estágio de enfermagem comunitária estive em cuidados continuados e até tive vários casos de fim de vida e o que me custou mais não foi tanto a pessoa em si, mas acompanhar a família. E13.15.*

*É difícil a relação com a família! Por vezes nem compreende o estágio em que o doente está e cria falsas expectativas, não tem a noção que o fim se aproxima e repete a mesma pergunta várias vezes. E6.28.*

Os enfermeiros enfrentam dilemas existenciais quando têm de lidar com a morte no cotidiano. Se enquanto estudantes não forem estimulados a refletir sobre a morte e o morrer, podem ser tomados de forma abrupta pelo pesar e pela carga emocional da família, não conseguindo cuidar da pessoa que está a morrer e simultaneamente apoiar os familiares no processo de elaboração do luto (Pessini, 1994). Os estudantes precisam de compreender que a proximidade da morte e o envolvimento com as famílias, por vezes, desperta sentimentos que confundem o ‘eu profissional’ e o ‘eu pessoal’. “Se a situação e a instituição exigem de nós uma atitude explicitamente profissional, mas no nosso íntimo, como seres humanos que somos, envolvemo-nos de forma a extrapolar esse profissional” (Lemos, 2009, p. 118).

Outras dificuldades são o cuidar de um corpo que se degrada, inerte, que não responde a estímulos.

*O tocar num corpo sem vida, não sei qual a sensação, mas tenho alguma apreensão, não sei como me iria sentir. E18.12.*

*O corpo a degradar-se e nós não podemos fazer nada. O mais difícil é essa sensação de impotência. E14.12.*

*Prefiro não lidar mesmo com essa sensação do corpo morto. E11.5.*

*O estar perante um corpo sem vida, que não responde, que não sente, é uma coisa que eu tenho algum receio de experimentar. Aquela sensação de que ainda agora aqui estava uma pessoa e depois já não está, é um corpo inerte e temos que nos livrar dele. Ainda tenho que trabalhar estas questões. E20.23.*

É necessário preparar os estudantes para cuidar do corpo que se degrada, que definha e vai morrendo, o que não é fácil numa cultura influenciada pelo modelo biomédico que exclui a morte da existência humana. Os profissionais de saúde, na lógica deste modelo são ‘treinados’ para olhar o corpo dos doentes e encontrar a cura para os males, pois o corpo enfermo apresenta defeitos, por excesso, deficit ou acidente, sendo o papel dos profissionais intervir física, química ou cirurgicamente para o consertar (Pessini, 2001).

É uma lacuna na formação não aprenderem a lidar com o cadáver, como refere este estudante:

*Penso que não é trabalhado como é que nós mesmos, estudantes de enfermagem e futuros profissionais, lidamos com a morte, com o corpo morto. E11.6.*

Confrontar-se com a falência do corpo biológico do outro é uma experiência muito significativa, porque contribui para tomar consciência da própria finitude, o que leva à elaboração de mecanismos que ajudam a lidar com a morte, visto que a morte do outro

afeta o grupo social ao revelar a natureza finita do ser. Para Morin (1997) esses mecanismos são de ordem individual, articulando elementos do inconsciente e consciente da pessoa, e de ordem coletiva que advém do contexto cultural onde se situa.

Os mecanismos elaborados para lidar com a morte devem ter em consideração a idade do moribundo, porque a morte é percebida como mais traumatizante quanto mais jovem for o moribundo. Por outro lado a proximidade etária do cliente e do cuidador torna-o mais vulnerável ao sofrimento. Quando se trata de pessoas idosas a morte é melhor aceite, tanto pelos profissionais, como pelos membros da família e da comunidade (Filho, Sulzdach, Nunes & Lunardi, 2001).

*A morte de uma criança é muito difícil de aceitar. E18.15.*

*Há diferentes modos de viver e também de morrer. Daí que não é tudo igual, se aceito a morte de um idoso, num jovem é diferente. E20.8.*

*Quando nós nos identificamos com a pessoa de quem cuidamos ficamos muito vulneráveis. Se isto está a acontecer a este jovem também podia acontecer a mim, afinal não é uma coisa que acontece só aos velhos ... E14.9.*

Para além da natureza do cuidar articulado e sincrónico, tendo em conta a complexidade do cliente, os contextos onde decorre os cuidados podem ser óbice, ou proporcionar riqueza e variedade de experiências formativas. No contexto comunitário o enfermeiro sente-se sozinho, desamparado a gerir a complexidade das relações familiares, no hospital sente-se perdido na complexidade de uma instituição gigantesca. Apesar de algumas semelhanças, há diferenças significativas entre os cenários nos quais ocorre a morte e que podem influenciar diretamente a atuação profissional (Lemos, 2009).

*Na comunidade, tive situações um pouco complicadas, e o que me fazia mais impressão era o estado que a família deixava a pessoa viver, a falta de condições do ambiente e não tanto a degradação do corpo dela. E13.18.*

*A enfermeira explicou-me que por vezes aquele mal-estar da família e o stress em que estão envolvidos causa alguma perturbação e não conseguem gerir tanta coisa em pouco tempo. E o enfermeiro está ali sozinho em casa de uma família a ter que lidar com todos aqueles aspetos emocionais da família, como a dor, a revolta e não é fácil. E20.26.*

Cuidar no domicílio familiar é diferente de cuidar numa instituição. Auxiliar as famílias a conviver e a lidar com a proximidade da morte doméstica, exige maturidade, profissionalismo, sensibilidade e conhecimento, de modo a transformar momentos de dor e de angústia em momentos de grande riqueza emocional entre os familiares que cuidam e quem é cuidado. Como refere Lemos (2009) o domicílio deve ser compreendido sob três aspetos: o legal, o social e o cultural. A casa é o espaço do outro;

diferente das instituições que são espaços normativos, com regras definidas; é o local onde as famílias vivem as suas tradições, rituais e mitos. “Enquanto o espaço da unidade de internamento, apresenta-se ‘frio e desumano’, desprovido de objetos e carregado de significados muito mais pertencentes à equipa do que ao doente e seus familiares” (Lemos, 2009, p. 119).

Cuidar num contexto institucional com normas, rotina e dinâmicas organizacionais parece ser ameaçador, o que é agravado pelo escasso tempo de permanência que não permite a integração e o desenvolvimento ou consolidação de saberes.

*O hospital é uma coisa gigantesca e nós vamos para lá estagiar e nem percebemos como é que aquela coisa toda se articula. E20.30.*

*É preciso ter um tempo de permanência nos locais para entendermos as dinâmicas e depois fazermos um projeto que seja viável desenvolver naquele local e naquele estágio. Há algumas dificuldades, os estágios são muito curtos. É preferível ter menos estágios, mas com mais tempo. E6.43.*

*Às vezes as dificuldades são, em estágios tão curtos, não é possível mobilizar, nem articular a teoria. E9.20.*

Quando um estudante entra pela primeira vez numa unidade prestadora de cuidados em regime de internamento, depara-se com um novo contexto de trabalho, com sociabilidades profissionais, com pessoas doentes, com famílias amedrontadas, com odores particulares, com luminosidades diferentes e envolto em aparato tecnológico. Os orientadores dos estudantes devem ter em consideração a recomendação de Abreu (2007, p. 225). “A primeira tarefa para a qual necessita de apoio é a de encontrar a sua forma de se adaptar ao conjunto de situações novas com que é confrontado”. Os contextos da prática sejam eles de grande aparato tecnológico, como as UCI, ou desprovidos de apetrechamento, como nos CSP, necessitam de enfermeiros capazes de articular, mobilizar e transferir para a prática os saberes da profissão, sendo este aspeto referido como uma dificuldade.

*A partir do momento que em estágio nos exigem a articulação de conhecimentos, que nós ficamos a olhar, porque não sabemos o suficiente. E6.55.*

*Ao longo do curso sempre aqui e ali se vão dando aportes para lidar com o fim de vida. Pode não ser assim uma coisa específica muito direcionada, mas o difícil é ser capaz de mobilizar os diferentes conteúdos para nossa prática .... E19.11.*

Uma das necessidades mais referidas é a de elaborar um tipo particular de conhecimento na prática e para a prática, denominado ‘conhecimento prático’, que na opinião de Pacheco (1995) difere da teoria pelo facto de possuir contornos próprios revestidos de especificidades demarcadas por situações reais da profissão. Pelo que o ensino clínico

não pode ser considerado como uma etapa em que o estudante transpõe os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação inicial, formal, teórica para a prática. Deve constituir um dos momentos integrantes fundamentais do curso, agregador de todos os componentes curriculares e experiências já internalizadas. Ao mesmo tempo, deve ser considerado também um momento de produção reflexiva de conhecimentos, em que a ação é problematizada e refletida no contexto presente e, após a sua realização envolve a reflexão com os orientadores do estágio e com os pares daquela área (Bellochio & Beineke, 2007).

Como salienta este estudante, os ensinamentos clínicos são momentos ansiogênicos que geram insegurança, pelo confronto com situações que não sabe avaliar ou intervir.

*Preciso de mais acompanhamento no estágio para me ajudarem a mobilizar os conhecimentos, ou melhor, pôr em prática os conhecimentos que foram dados, porque a dificuldade é mobilizá-los.* E8.10.

Os estudantes que manifestam dificuldades na aprendizagem, na transferibilidade dos saberes, na decisão clínica, têm receio de errar, têm déficit de autoconfiança e a sensação que o seu conhecimento é insuficiente, nestes casos Fowler (1996) considera que necessitam de um ambiente de aprendizagem mais favorável e de tutores que os ajudem na elaboração do conhecimento e proporcionem o desenvolvimento de competências sem os menosprezar.

As dificuldades não se colocam só no domínio cognitivo, relacional, sensorial, também ocorrem no domínio afetivo. As situações em que se lida com a morte e com tudo o que lhe está associado são momentos marcantes para quem não se sente preparado para gerir as emoções.

*Para mim há coisas que são difíceis. Como o encontrar o significado para a morte, para o sofrimento, para o perder de tudo o que a pessoa é e deixa de ser. Não somos levados a refletir muito sobre isto. Se nós encontrarmos sentido nestes aspetos construímos a nossa própria interpretação sobre os fenómenos e os processos que acompanham a morte e ficamos também mais tranquilos.* E20.55.

*Não consigo ter um afastamento do doente e da família e não consigo lidar com as minhas emoções e com as emoções dos outros. O distanciamento que é suposto haver, às vezes não consigo.* E8.4.

As situações de perda de doentes gera mal-estar e sensação de vazio. Preencher esse vazio, como refere Kübler-Ross (2002), muitas vezes é penoso e dificulta o processo de luto, pois ao acompanhar de perto as fases vividas pelos doentes, como a negação, a ira ou a negociação, conseqüentemente vivenciam alguns desses sentimentos. Kovács

(2008) esclarece que parte destes sentimentos são inconscientes, mas a nível consciente fica a sensação dolorosa de impotência.

*É difícil lidar com o sofrimento e com os sentimentos todos, com a impotência de não conseguir dar outro rumo. E8.8.*

*É sempre difícil, porque nós como ser humano, queremos é sobreviver, e quando estamos perante uma situação em que temos é que 'deixar morrer', é complicado, mexe sempre connosco. E13.31.*

*Nós ficamos sempre com aquela sensação, se eu sou estudante, daqui a poucos meses vou ser enfermeira, e se eu ainda não consigo perceber estas mensagens do doente, de mal-estar e conseguir fazer alguma coisa por isso, ficamos a sentir um bocadinho, aquela frustração de não conseguir fazer nada. E14.15.*

Diversos estudos relatam que os profissionais que cuidam de um doente próximo da morte, podem ter sentimentos como impotência e culpa. Neste sentido Kovács (2008) considera que os sentimentos de culpa surgem por considerar que não tratou o outro da melhor forma ou não foi capaz de evitar a sua morte. Uma das razões porque a morte é tabu é “pela imagem de fracasso da ciência e da tecnologia em que o homem hoje tanto confia” Marques et al (1991, p. 15). Mas a ciência não consegue inverter a condição de ser mortal, e os profissionais são assolados por diferentes sentimentos que Pinto (1991) sintetiza do seguinte modo: sensação de fracasso, pensando que outros fariam melhor com outras técnicas ou recursos; falso pudor, julgando que é melhor deixar o doente só entregue ao seu silêncio; mistério, procura desvendar o mistério da vida e interpretar sentimentos e frustrações; espelhamento, retrata-se a si próprio a viver uma situação idêntica, o que o pode levar ao afastamento ou ao pânico.

*Se calhar muitos de nós passaram a experiência, mas preferiram fingir que aquilo não aconteceu, não pensam sobre a morte, não refletem naquilo que aconteceu, não tiram as conclusões e não aprendem. E14.23.*

*Não me sinto capaz de enfrentar estas situações em que eu teria que gerir muita coisa: os meus sentimentos; os do doente em fim de vida, que às vezes nem percebemos como é que ele se situa a viver o percurso da sua doença, que lhe causa, dor, perdas, o torna impotente e ainda ajudar a família a gerir os conflitos e a desorganização que a perda do familiar lhe provoca. São três aspetos que se ligam em que o enfermeiro está sozinho neste processo. E20.27.*

A falta de envolvimento na relação leva a desperdiçar momentos de aprendizagem que poderiam ser muito ricos. As situações vividas na prática clínica requerem aprofundamento e reflexão de modo a transformar essa experiência num momento pleno de significado e de aprendizagem, visto que é durante o ensino teórico do CLE que, pela primeira vez, que alguns têm a possibilidade de refletir sobre a morte, sendo no ensino clínico que surge a oportunidade de aprender a cuidar de pessoas em fim de vida.



Para além da importância que atribuem à componente teórica e clínica, enfatizam as estratégias de ensino aprendizagem, salientando as metodologias que consideram facilitadoras, como o projeto de aprendizagem, a reflexão sobre a prática, a partilha de experiências e a elaboração de jornais de aprendizagem. Referem o papel que os formadores têm neste processo por serem modelos de boas práticas, por os ajudarem a refletir sobre casos clínicos, por partilharem os saberes experiências e por estabelecerem uma relação pedagógica.

No ensino teórico salientam os contributos de alguns conteúdos genéricos do curso, de conteúdos específicos sobre o tema, de conteúdos opcionais e dos referenciais teóricos norteadores da conceção do cuidar. Habitualmente, nas aulas, emergem situações pedagógicas promotoras do desenvolvimento de temas ligados à morte e ao morrer.

*No 1º ano estas questões da morte surgem sempre, ou nas aulas teóricas, ou no estágio, ou num diário de aprendizagem um aluno fez uma reflexão sobre o morrer e partilhou connosco. No início queremos saber tudo, entender estas temáticas. E6.8.*

*No 2º ano nas aulas de saúde do adulto esta temática é abordada. Mas essencialmente no idoso, nas aulas sobre o envelhecimento, não só saudável, mas patológico. Falamos da morte como a fase final da vida e os conteúdos teóricos necessários foram fornecidos e são suficientes. E6.9.*

Nem todos captam a formação do mesmo modo. Para alguns este tema não é relevante, ou não foi suficientemente abordado.

*Há muitas coisas que os professores falam, mas que para nós ainda não têm muito significado, ainda não vivemos aquela experiência, [do morrer] então fica assim tudo no ar. E20.57.*

*A formação escolar contribuiu sem dúvida. Deu-me certos conhecimentos para lidarmos com as coisas de uma forma não leiga, no entanto, penso que a formação na escola não é suficiente. E13.12.*

As narrativas sugerem que há aspetos da aprendizagem que precisam de ser experienciados ou apreendidos por outros métodos que não só o expositivo, neste contexto Cyrino e Pereira (2004) sugerem a aprendizagem baseada em problemas e a problematização, embora propostas distintas, as duas contribuem para rever o processo de ensino-aprendizagem: a problematização, voltada para a construção do conhecimento no contexto de uma formação crítica; enquanto a aprendizagem baseada em problemas orientada para os aspetos cognitivos do processo de construção de conceitos e apropriação dos mecanismos básicos da ciência. Ambas levam a ruturas com a forma tradicional de ensinar e aprender, estimulando a gestão participativa dos protagonistas da experiência e a reorganização da relação da teoria com a prática.

Na componente teórica a abordagem transcultural preconizada nas UC de enfermagem é um contributo que os estudantes consideram relevante.

*Durante o curso, fui tendo alguns subsídios para compreender de forma diferente as culturas, e aí chegar a perceber-me de que forma é que essas culturas se relacionam com a morte e com o nascimento, e com o luto. E13.55.*

*No cuidar no fim de vida e na morte é muito importante conhecer a influência da cultura na enfermagem. A transculturalidade ajuda a perceber as diferenças que existem, porque se formos tratar todos da mesma forma está mal. E15.34.*

Pelos relatos verifica-se que a dimensão cultural dos cuidados em fim de vida são uma variável significativa para a qualidade assistencial quer do doente, quer das famílias. No que se refere à aquisição da competência cultural Cobb (1998, p. 35) considera dois aspetos: a ‘*consciencialização cultural*’ que envolve o exame dos seus vieses e preconceitos e o ‘*conhecimento cultural*’ sobre diferentes visões do mundo. A autora salienta a necessidade de ir desenvolvendo ‘*habilidades culturais*’ através do encontro com outras culturas, com o objetivo de as aprender, usando instrumentos de avaliação cultural.

Para além dos conteúdos genéricos das disciplinas de enfermagem há outras unidades curriculares do tronco comum do curso que os estudantes destacam pelo contributo que dão para sustentar a prestação de cuidados em fim de vida, como: a Relação de Ajuda, a Ética em Enfermagem e a Análise de Situações de Enfermagem (ASE).

*As aulas da UC de Relação de Ajuda eu acho que são muito importantes. Trabalham muito a comunicação e isso é necessário ter desenvolvido essas competências para estágio. E20.9.*

*As aulas de Ética, eu adorei, achei que eram muito importantes para a profissão. O questionar. Os nossos valores e os valores da profissão. E19.19.*

*Estas aulas de ASE ajudam-nos porque sendo discutida uma situação recriada, ajudam-nos a esquematizar o nosso pensamento. E a nossa intervenção junto daquela pessoa e daquela família e fazer um juízo clínico. E4.27.*

A componente teórica do curso centra-se num conjunto de disciplinas que visa a aquisição e o desenvolvimento de conhecimento científico, de conhecimento técnico, de capacidades, de valores e de atitudes que representam a parte do saber necessário ao desempenho profissional do enfermeiro (Dias, 2010). Para além da estrutura curricular fixa a componente curricular tem disciplinas de opção, das quais os estudantes salientam ter mais interesse para esta área do cuidar: Modelo rogeriano na relação de ajuda; Quando o fim de vida se aproxima e o Viver o fim da vida.

*As temáticas aqui abordadas na opção “Quando o fim de vida se aproxima” deveriam fazer parte dos conteúdos do curso. Se não tivesse feito esta opção ficava com uma lacuna na preparação académica que o curso me dava. E3.6.*

*Fiz esta opção Quando o fim da vida se aproxima, no fim do 2º ano, mas podia ter sido no princípio, acho que traz muitos contributos para os estágios e se pudesse escolher, faria no final do 1º ano. E9.7.*

Durante o curso os estudantes podem escolher cinco opções, num leque de 44 ofertas, de modo a estruturar o currículo investindo em áreas do seu interesse. No entanto consideram que há saberes em disciplinas opcionais que deveriam fazer parte integrante do curso, como as que abordam o tema do morrer.

Os referenciais teóricos de enfermagem são considerados um contributo para desenvolver a prática centrada no cliente. Dos modelos e teorias os estudantes salientaram o modelo centrado nas necessidades humanas de Virgínia Henderson, o modelo de abordagem sistémica de Betty Neuman, a teoria do cuidado cultural de Madeleine Leininger, a teoria de cuidado transpessoal de Jean Watson e o modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary.

*Os modelos teóricos ajudam a estruturar a nossa linha de pensamento, relativamente à avaliação, à análise e aos cuidados que fazemos de determinada família e de determinada pessoa. Ajudam muito, porque é tanta coisa que se não tivéssemos uma referência perdia-se muita informação. E4.35.*

*Não podemos ter uma prática científica sem os modelos. No 1º ano acho bem o modelo de Virginia Henderson centrado na teoria das necessidades, é ótimo e muito fácil. Depois no 3º ano esta abordagem da Neuman ajuda a alargar a perspetiva do cuidar. E19.41.*

Para além dos modelos teóricos que orientam o cuidar centrado no cliente indivíduo, consideram facilitadores da prática os modelos de abordagem sistémica particularmente quando se trata de clientes mais complexos como a família.

*O modelo de Calgary é muito facilitador para abordagem à família, e penso que o de Neuman é um modelo que nos permite pensar em coisas que no modelo centrado no cliente nos passavam um bocadinho ao lado. (...) Acho que é um modelo que ajuda muito o enfermeiro a estabelecer a parceria com o cliente. E7.32.*

*(...) Gosto muito do modelo de Calgary, acho que é muito aplicável, muito prático, muito fácil de utilizar, mesmo sem estar numa abordagem sistémica da família e esteja ela a viver que processo for. E15.27.*

Os modelos de enfermagem que facilitam a abordagem da família são uma mais-valia na aprendizagem do cuidar de sistemas mais complexos que o indivíduo. Como refere Schliemann (2011, p. 170) “a família é a base para o desenvolvimento da pessoa e espera-se que ofereça o suporte necessário nos momentos de crise. Por isso é importante

avaliar a estrutura da família para entender quais são as formas de enfrentar as situações difíceis”. O modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary aborda três categorias da família: a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade familiar a nível instrumental e de expressividade. Mas outras variáveis podem ser consideradas, o modelo de Betty Neuman salienta que “a família esteja num estado de saúde ou de doença, é um composto dinâmico de interpelação de variáveis: fisiologia, psicológica, sociocultural de desenvolvimento e espiritual” (Hanson, 2005, p. 184).

Uma das críticas é a falta de aplicabilidade dos referenciais teóricos, que não sendo mobilizados para a prática clínica, perdem o sentido e a utilidade.

*Acho que é uma coisa mais de escola, porque nós quando estamos em ensino clínico, muitos dos enfermeiros nem sequer ouviram falar do modelo teórico que nós dizemos ou queremos utilizar, e não utilizam na prática, por isso, acho que é mais teórico mesmo. E17.16.*

*Já agora acrescento que os modelos das teóricas de enfermagem não estão a ser transmitidos da melhor forma; não pode ser só teoria, mas temos que saber aplicar na prática os modelos. E10.30.*

*Os modelos teóricos não têm interferência. Na prática clínica não são facilitadores nem têm interferência nenhuma, nem são mobilizados. E8.19.*

Os modelos teóricos de enfermagem servem para concetualizar a prática dos cuidados que sustentados num referencial teórico e metodológico, faz com que a atuação dos enfermeiros tenha um carácter previsível e coerente quanto ao alcance de metas e padrões assistenciais para o desempenho profissional (Sena, Carvalho, Rossi, & Ruffino, 2001). Como refere este estudante, os modelos ajudam a orientar os cuidados.

*Os modelos são importantes para nós, não apenas na teoria mas para depois chegar ao ensino clínico e aplicar, e aprender a orientar os cuidados. E7.33.*

A aprendizagem da profissão de enfermagem não se confina ao espaço académico das aulas, a incursão em ensinamentos clínicos a locais da prática, torna-se o palco central da formação, confrontando o estudante com um clima análogo ao que vai encontrar quando for profissional, possibilitando-lhe consolidar conhecimentos, mobilizar técnicas, e modelos de organização dos cuidados, desenvolver competências e o contacto real com os valores que regem a profissão (Dias, 2010). O ensino clínico pretende ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina de enfermagem. A mobilização e aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico crítico conduzem a uma intervenção refletida. Pretende-se que, através desta modalidade de ensino em componente de teor prático, os estudantes deem sentido às

suas intervenções e sejam capazes de aprender com a experiência de cuidar em diferentes contextos.

O cuidar em contexto comunitário é considerado uma oportunidade para contactarem com uma realidade assistencial onde as pessoas vivem a situação de doença com a família e os amigos, de modo diferente de quando estão hospitalizados.

*A enfermagem comunitária trouxe outra visão dos cuidados. O cuidar fora de uma enfermaria, num ambiente desprotegido e com outros recursos, ou menos recursos, é uma outra forma de estar a cuidar, que me faz pensar. Ver este cuidar em fim de vida humanizado, mais próximo das pessoas, das realidades. E19.28.*

*Nos cuidados de saúde primários, sem dúvida que as experiências foram muito enriquecedoras. E13.42.*

As narrativas explicitam que as aprendizagens em contexto comunitário dão outra perspetiva do cuidar, onde a morte pode ser vivida de forma domesticada. A possibilidade de aprender em diferentes contextos clínicos proporcionem o desenvolvimento de saberes específicos para cuidar em fim de vida, como os serviços de cuidados paliativos e os cuidados continuados na comunidade.

*Eu nos ensinamentos clínicos que tive durante o curso nunca tinha vivido estas situações de prestar cuidados a pessoas em fim de vida. Por isso escolhi no estágio de opção ir para um serviço de cuidados paliativos. E4.14.*

*Temos que passar por situações que nós não estamos à espera nem preparados, são essas que nos fazem aprender e refletir e crescer e ver outra realidade, como a que eu vi em casa das pessoas. E20.14.*

Pretende-se que a formação de jovens adultos facilite a identificação de lacunas ou de necessidades formativas, pelo que a escola proporciona a oportunidade de escolher contextos de cuidados inserido num modelo de aprendizagem em alternância entre escola e os locais de trabalho. Este contacto em períodos previamente definidos pode facilitar a articulação entre o saber teórico e o saber prático e uma exploração de diferentes aprendizagens, bem como uma aferição contínua das aprendizagens realizadas nos dois espaços formativos e uma socialização antecipada na profissão e no mundo do trabalho (Cabrito, 1994).

Para otimizar os percursos de aprendizagem em contexto clínico são mobilizadas diferentes metodologias, como o projeto de estágio, a partilha e discussão de casos, a reflexão sobre a prática e a elaboração de jornais de aprendizagem.

Habitualmente é solicitado aos estudantes que no início do ensino clínico elaborem um projeto de aprendizagem, o que é percebido pelos intervenientes como uma boa metodologia, mesmo tendo de ser ajustado e reapreciado durante o percurso.

*A metodologia do projeto de formação é interessante, mas muitas vezes cai no vazio (...) Quando é discutido é com muita ligeireza. Devia ser reavaliado, isto é, ter uma avaliação parcelar, para ver como estava a decorrer o percurso e discutir com o orientador e professor se é necessário ajustar, acrescentar algo. E3.22.*

*O projeto se for bem apoiado pelos orientadores é uma metodologia que comigo resultou bem. Mas no decurso do estágio teve que ser ajustado. Percebi que havia outras possibilidades e foi aceite esse ajustamento. E20.46.*

No planeamento do processo de aprendizagem experiencial o estudante vai aprendendo a reformular as estratégias de aprendizagem e a ajustar-se às contingências dos contextos clínicos. Neste sentido a escola e as instituições devem desenvolver sinergias formativas de modo a criar oportunidades para proporcionar situações de aprendizagens genéricas e específicas, bem como a ajudar o estudante a integrar-se num serviço e numa equipa de cuidados. A metodologia de ensino por projeto prevê basicamente três momentos: o planeamento do trabalho; a execução das atividades e a apresentação do produto final. O projeto procura evidenciar tanto para o formando como para o formador toda a intencionalidade pedagógica a ser desenvolvida (Pacheco, 2007).

Outra metodologia utilizada em ensino clínico é a discussão e partilha de estudo de caso, contudo deve respeitar alguns requisitos éticos, como a privacidade ou o anonimato do estudante e do cliente.

*A partilha com os colegas, acho que depende do estudante, pode ser benéfico, mas depende das situações e da confiança com o grupo. Penso que deve ser sempre perguntado antes ao estudante se quer ou não partilhar a experiência com o grupo. E10.15.*

*Partilhar experiência em grupo, sim acho bem; mas os sentimentos de cada aluno isso não. Isso é uma esfera do privado. E16.14.*

*A questão às vezes é partilhar os nossos sentimentos, o que nós sentimos e como estamos naquela situação. É uma coisa muito íntima e às vezes custa a partilhar em grupo, com quem eu não conheço. E19.33.*

*Não costumo partilhar quando vou a essas reuniões de análise das práticas, porque é uma coisa pessoal. Mas gosto de ouvir as experiências dos outros, se achar que também tenho algum contributo, também digo, mas raramente tenho à-vontade para dizer alguma coisa, até porque às vezes, são grupos enormes que nós nem conhecemos bem. E17.13.*

A partilha em pequenos grupos em que os estudantes expõem os resultados das suas experiências e aprendizagens aos colegas, aos professores ou à comunidade é uma

experiência enriquecedora, contudo pode causar desconforto partilhar emoções, ou outros componentes do foro íntimo em grupos grandes onde mal se conhecem.”Este espaço de partilha relata vivências, demonstra afirmações, exemplifica e apresenta retratos reais, pelo que se distingue em absoluto do método de apresentação de um tema ou de um relatório” (Rodrigues, Pereira & Ferreira, 2006, p. 96). Porém, “no caso dos diários de estágio que são sugeridos apenas como forma de exercício e estimulados para a libertação de ideias e de sentimentos pessoais, a privacidade deve ser respeitada” (Waldow, 2005, p. 49).

As reuniões de partilha de experiências são úteis para a aprendizagem e permitem partilhar as mesmas dificuldades.

*Isto da partilha ajuda-nos porque vemos que não somos os únicos naquela situação e vemos como é que os outros colegas podiam agir naquela situação e acabamos por receber mais recursos para agir noutras situações semelhantes. (...) Estas reuniões de discussão da prática clínica ajudam a refletir e a crescer. E4.26.*

*A expressão se sentimentos e vivências dos outros ajuda muito, há coisas que nós sentimos mas não falamos com ninguém, mas se alguém disser, ou partilhar, aí fica mais fácil, eu perceber que também estou a sentir aquilo, ou vivi desta forma. E5.15.*

As reflexões são em geral, partilhadas com professores ou colegas, portanto não são escritas para uso privado. Sendo utilizadas, via de regra, para encorajar os estudantes a tornarem-se mais envolvidos na procura e no desenvolvimento educativo, cognitivo e profissional. Partilhar as aprendizagens, como refere Waldow (2005, p. 53) “facilita a comunicação, exercita o respeito pelo outro e a liberdade de expressão”. Nos momentos de partilha deve-se premiar o esforço individual na medida que é gerador de interconhecimento e permite aos colegas que escutam reformular pontos de vista, compreender outros modos de cuidar e devolver ideias e sugestões. Para que as metodologias de aprendizagem se tornem facilmente apreensíveis Rodrigues, Pereira e Ferreira (2006) sugerem a partilha entre os estudantes mais avançados e os iniciados em que a metodologia de partilha começa a ser uma herança que perdura e gera um efeito natural de influências e contágios entre os discentes. As reuniões de discussão de casos clínicos, são momentos importantes, nas quais por intermédio do outro (o utente) se podem perceber os fenómenos. Também seminários com partilha de temas ou experiências que envolvem o morrer favorecem a reflexão sobre os aspetos emocionais (Paiva, 2009).

A reflexão sobre a prática é outra componente facilitadora da aprendizagem e útil na perceção de diferentes realidades ou para compreender outras formas de cuidar.

*(...) o facto das reflexões nos obrigarem a escrever, a dizer por palavras aquilo que sentimos, aquilo que pensamos, também ajuda a ultrapassar e a apercebermo-nos das situações.* E13.35.

*Nós só conseguimos transformar uma vivência numa experiência, e extrair dali alguns contributos, quando realmente, fazemos um certo trabalho sobre aquilo, como diz a Josso. E não há nada melhor do que passar esse trabalho para o papel.* E6.33.

Ao refletir sobre o vivido e plasmar por escrito o estudante dá sentido às suas dúvidas, cogitações e experiências, porque não basta ter experiências de aprendizagem, mais que isso, importa que ele seja capaz de lhe atribuir significado. Ter experiência, no conceito Honoré (2004, p. 110) “é conservar, não só as informações e os significados relativos às situações, às pessoas e às coisas, mas também recordar a lembrança do sentido que aquela experiência teve para o sujeito, num determinado momento e em circunstâncias particulares”. Neste sentido aquela experiência é constituída por tudo o que foi vivenciado e deixou marca.

Os estudantes reconhecerem a prática reflexiva como boa estratégia pedagógica, porém advertem para aspetos que podem interferir com o seu bom uso, como a questão da avaliação, da fundamentação teórica das reflexões e pedido excessivo, pelo que a opinião diverge relativamente à elaboração destes documentos.

Baseados no caráter pessoal e subjetivo de uma reflexão consideram que esta não deve ser objeto de avaliação sumativa, nem de correção, mas servirem de referencial para facilitar a ajuda do orientador.

*Estas reflexões não devem entrar como componente avaliativa, porque é muito subjetivo. E depois é assim, se o estudante sabe que está a ser avaliado ... então, a pressão é tão grande que acaba, se calhar, por não dizer o que tem a dizer, ou acaba por dizer o que os outros querem ouvir e sai um trabalho viciado.* E7.20.

*(...) que o jornal de aprendizagem sirva para nós mostrarmos ao professor aquilo que nós sentimos, e que não seja mais um documento para entrar no nosso processo de avaliação. Seja um documento de ajuda.* E15.16.

*O diário de aprendizagem é uma coisa muito pessoal, não é para estar a ser corrigido, se está bem ou se está mal, acho que cada um tem de refletir de acordo com o que sente. E acho que é uma coisa tão pessoal que não pode chegar alguém e dizer se está correto ou se não está correto.* E17.12.

Relativamente a avaliação dos documentos produzidos em ensino clínico tanto se usa a avaliação sumativa, como a formativa. Se a primeira tem uma função análoga à dos exames, a segunda permite ao estudante progredir nas suas aprendizagens e modificar as estratégias (Bireaud, 1995). É necessário clarificar que nem sempre o processo avaliativo visa atribuir uma menção quantitativa a um trabalho, mas ajuda o autor a



reformular objetivos, estratégias, métodos de estudo ou de trabalho de modo a tornar-se mais eficiente.

A avaliação é um elemento indispensável para reorientação dos desvios ocorridos durante o processo e pode gerar novos desafios, pelo que deve ser resultado de uma discussão honesta e transparente entre todos os elementos envolvidos no processo. “O papel da avaliação é verificar como o estudante é capaz de movimentar-se num campo de estudos e estimulá-lo, através de uma reflexão conjunta sobre o que ele realizou, levando-o a encontrar os caminhos do seu próprio desenvolvimento” (Depresbiteris (2001, p. 38).

Uma preocupação expressa foi se a sinceridade com que descrevem as dificuldades pode prejudicar o descritor na avaliação.

*A nível até das nossas reflexões escritas, penso que isso se verifica. (...) se descrever exatamente o que senti, se chorei, se fui-me embora, se abandonei, se houve alguma atitude de evitamento. Será que isso não me poderá prejudicar na avaliação?! E15.13.*

Na articulação do ensino teórico e experiencial, os estudantes podem escrever de modo expressivo sobre os acontecimentos vividos, as preocupações, as dificuldades sentidas e fornecerem comentários reflexivos que ajudem a reforçar as aprendizagens. Mas para que tal ocorra têm que sentir-se compreendidos, apoiados e não ameaçados sob o espetro da avaliação castradora. “Ensinar a fazer uma reflexão corajosa na aprendizagem experiencial real e na prática requer um ambiente seguro e aberto” (Benner, 2001, p. 18). Estimular o estudante a aprender e modificar o seu esquema referencial através da reflexão dos erros efetuados é centrar a aprendizagem no estudante como ser pensante. Os docentes ao utilizarem a pedagogia do erro como constituinte normal do processo de aprendizagem, em substituição da sanção normalizadora, estão a demonstrar respeito pelo estudante (Marques, 2005).

As perspetivas sobre o processo de avaliação não são idênticas, há estudantes que consideram os documentos produzidos material adequado para apreciar competências que vão desenvolvendo.

*As reflexões feitas pelos estudantes devem entrar na componente avaliativa como um item. É importante o estudante desenvolver essa competência de saber refletir sobre a prática, por isso deve fazer parte da avaliação da evolução do aluno. E10.19.*

*(...) a capacidade de reflexão tem de ser avaliada e é por aqui, [diário de aprendizagem], portanto, tem que entrar como uma componente do processo avaliativo. E2.24.*

*Se os diários de aprendizagem procuram demonstrar o que o aluno aprendeu naquela experiência, o que refletiu, o que fundamentou, então devem fazer parte da avaliação, e isso está certo, o que me parece é que devem ser pedidos de acordo com o tipo de estágio. Estágios tão curtos não deviam ter tantos diários de aprendizagem. E20.35.*

*O diário deve servir para avaliação, deve ter algum peso, porque é um instrumento que permite ver a evolução do aluno. Se uma das competências do enfermeiro é saber refletir sobre a prática, este instrumento permite avaliar essa componente da reflexão. E16.13.*

A avaliação dos instrumentos produzidos sobre a análise e reflexão das práticas foi um aspeto controverso, neste sentido concordamos com a opinião de Waldow (2005, p. 52), que partilha idênticas preocupações. “Uma dúvida é a de se os diários devem constar da avaliação ou não. Para evitar que sejam menosprezados e não se esforcem ou não se envolvam ao escreve-los, podem ser pontuados de alguma forma, como, por exemplo 10% da avaliação”. Sendo um dos benefícios permitir ao professor avaliar o modo como os estudantes se sentem ou se desenvolvem durante o percurso, refere a autora.

Emerge outra questão sobre o que deve ser avaliado nas aprendizagens em contexto clínico? No ensino superior são sobretudo avaliados os desempenhos intelectuais e cognitivos, enquanto os aspetos morais, éticos e comportamentais habitualmente não são. Mas, este critério é questionável e tem repercussões, como referem Stevens-Long & Barner, 2003, cit. in Marchand (2008, p. 16) “muitas entidades empregadoras queixam-se de que os licenciados não possuem as competências sociais e emocionais necessárias para o desempenho da atividade profissional.”

Os documentos escritos têm um papel importante na construção do processo reflexivo, sendo o jornal de aprendizagem um bom instrumento, contudo não deve ser pedido em excesso.

*O jornal de aprendizagem deve ser feito quando nós sentimos necessidade e temos uma situação para nós refletirmos sobre ela. O que se passa é que na 1ª semana temos que entregar um, na 2ª semana temos que entregar outro. Fazemos um jornal de aprendizagem, porque temos obrigatoriamente que o fazer. E4.19.*

*Refletimos só por que é obrigatório e nem sempre porque haja uma situação com interesse. (...) Este carácter de obrigatório e frequente acaba por nos ocupar em coisas que não queríamos, ou não tem interesse para nós. Temos que falar sobre aquilo, e não deve ser assim. Devia ser o aluno a escolher. E4.20.*

*Pecam por serem pedidos em excesso. Às vezes é mesmo uma preocupação nossa. Ainda não fiz o diário desta semana, mas o que é que eu vou fazer, o que vou analisar, etc. Isto é muito stressante e nem sempre temos o feedback do professor. E20.33.*

Ao introduzir os diários ou os jornais no processo de aprendizagem deve ser explicado para que servem, em que consistem, para que os estudantes se sintam comprometidos na sua realização, como refere Waldow (2005, p. 52) algumas questões pertinentes devem ser colocadas previamente: “como e quando iniciar a sua introdução? Qual a sua frequência? Como podem ser avaliados?”

Nos percursos de aprendizagem há fatores inibidores e facilitadores. Nos estudos de Rabiais (2010) destacando-se: a valorização dos sentimentos; do stress; da ansiedade; a oportunidade de exprimirem as preocupações ou opiniões e o apoio dado pelos professores. Neste sentido os entrevistados consideram que a discussão do jornal de aprendizagem, com o professor, é um momento privilegiado na sua aprendizagem, mas que nem sempre é bem aproveitado.

*Espero que o professor me dê uma resposta sobre a minha reflexão e sugira outros instrumentos que me ajudem num futuro a ficar mais capacitada e vivenciar melhor essa situação. E8.17.*

*A resposta deve ser numa entrevista presencial muitas vezes, pelo menos da minha experiência, nós enviamos o diário, o professor escreve uma opinião por email e fica por aí. Já não há mais orientação, até fazem questões no nosso diário, mas depois não querem muito a resposta, fica-se por ali, nunca tive muito espaço, para discutir o diário. E2.21.*

*A realidade é nós enviarmos por e-mail o diário e muitas vezes recebemos por e-mail, ou nem recebemos. Mas eu acho que, se estamos a fazer uma coisa em que estamos a explorar o nosso sentimento e é algo marcante para nós, acho que devemos ter algum feedback. Faz sentido. Para mim faz todo o sentido se não acabamos por escrever uma coisa, tudo bem que nos ajuda, mas também gostamos que nos ajudem a nós. E7.17.*

Proporcionar situações de aprendizagem para que o futuro enfermeiro se torne um prático reflexivo, é demonstrar que “tem direito a ensaios e erros, é convidá-lo a expor as dúvidas, a explicitar os raciocínios, a tomar consciência das formas de aprender, de memorizar e de comunicar-se” (Perrenoud, 1999, p. 65). Neste modelo de pedagogia ativa o estudante precisa de ser encorajado a desenvolver-se como principal, pois não consegue aprender a cuidar só através do que ouve em sala de aula ou lê nos livros. O cuidar será aprendido através de relações de proximidade entre professor e tutor - estudante - cliente (Hughes, 1992).

No processo de aprendizagem e de socialização os tutores são elementos chave na concretização das expectativas dos estudantes, são facilitadores da aprendizagem selecionando as oportunidades de ter experiências significativas e partilham saberes e práticas inovadoras. São também modelos de boas práticas e estabelecem com o

estudante uma relação de proximidade e apoio facilitadora da integração e da colocação de dúvidas, como referem:

*Os orientadores devem ter boa componente relacional, exigentes no que esperam de nós, organizados no processo, que não se afastem dos objetivos do documento orientador de cada estágio, que explicitem bem as regras, facilitadores da expressão dos sentimentos, disponível para as nossas dificuldades e orientem nos percursos. E3.23.*

*Eu acho que é importante que o orientador me veja de uma forma “holística”, isso quer dizer que tem de me ver como aluna e como pessoa. (...), mas antes de mais sou uma pessoa e se calhar não consigo lidar com determinadas coisas e, se calhar, ele tem que me conhecer para me ajudar a ultrapassar as dificuldades que eu vou tendo ao longo do estágio. E12.13*

*Do orientador espero uma atitude de apoio, de ajuda, de compreensão, de disponibilidade. E15.14.*

*Espero que o orientador tenha tempo para o ajudar no percurso. Que peça trabalhos compatíveis com a duração do tempo de estágio. Que dê feedback dos trabalhos e que os discuta com o aluno. Se o aluno anda perdido que o ajude a situar-se, ou a seleccionar o que é importante ele focar-se naquele estágio, o que é prioritário. E20.42.*

Os relatos dos estudantes sobre o que é um bom tutor não diferem das características sintetizadas por Abreu (2007) a partir das pesquisas feitas por Orton em 1993, por Davies em 1994 e por Cahill em 1996. Bons tutores são os que mantêm uma relação de proximidade, estão seguros das suas capacidades, comunicam de forma correta, são bons profissionais, são organizados, mantêm o entusiasmo, são amigos, possuem sentido de humor, são atenciosos, pacientes e compreensivos, para além de serem entusiastas, sentem-se satisfeitos com a profissão, serem realistas e capazes de gerar expectativas positivas. Opinião idêntica é descrita por Jolly e Kilminster (2000) sobre as características do supervisor pedagógico que deve ser clinicamente competente, portador de saberes atualizados, ter competências pedagógicas e de relacionamento interpessoal.

Nos ensinamentos clínicos ao depararem-se com situações complexas tendem a ter atitudes de fuga ou de evitamento, se não forem apoiados por tutores experientes.

*Se nós tivermos um orientador de estágio que nos apoie e puxe por nós tudo bem, se não o que acontece é que como não sabemos lidar com a situação [de morte] tendemos a evitar, preferimos estar com outro doente. Procuramos que não nos calhe aquele, etc. E20.13.*

O contexto clínico é por excelência um espaço formativo que oferece diversas e únicas oportunidades de aprendizagem. Mas que nem sempre são bem aproveitadas ou exploradas pelos formadores e formandos de modo a constituírem aprendizagens bem-

sucedidas. A este propósito Nolan (1998) recorda que pode haver alguns obstáculos, como o sentimento dos estudantes de que o tutor não está empenhado na sua formação, que não valoriza as questões que coloca, que não mostra interesse, pelo que a aprendizagem pode ficar comprometida, porque desviam o foco de atenção e investimento para outras áreas laterais.

Da atitude do orientador clínico depende, em parte, o sucesso da aprendizagem, como refere Soeiro (1992, p. 27) existem essencialmente três tipos de orientadores: “os que exercem efeito negativo, tornando o formando passivo, inseguro e desinteressado; os que nada mais provocam a não ser indiferença; os que acompanham os formandos, para além da sua intervenção direta, ajudando-os a crescer e inspirando o projeto pessoal de existência”.

Nas narrativas emerge a ideia que não se aprende só pelo que se estudou, mas também por modelagem, sendo o exemplo de boas práticas uma forma de aprender.

*Eu termino este curso com pessoas que foram referencias. Foram basilares para a minha formação. Nunca me vou esquecer disso e já dei esse feedback a essas pessoas. Já lhe disse quando eu for enfermeira a sério vai olhar para mim e vai ver o reflexo de si, em mim. E6.20.*

*Sem bons modelos de práticas fica mais difícil aprender. Nós nos ensinamos clínicos não aprendemos só com o que fazemos, mas também com o que vemos fazer. Eu preciso dessas referências, de pessoas que me sirvam de modelos. E19.18.*

*Pelo orientador que tive, naquele contexto, que era uma pessoa excecional, acho que era um bom profissional. E, quando nós temos bons exemplos a nossa aprendizagem é sempre facilitada. E13.43.*

O processo de supervisão em que se processa o ensino de enfermagem deverá desenvolver-se numa postura de colaboração e ajuda entre os agentes envolvidos, assente numa atitude de diálogo permanente que passe por um bom relacionamento baseado na confiança, no respeito, no empenhamento, no entusiasmo, na amizade cordial e solidária, sendo esta entreajuda e diálogo que facilita o desenvolvimento de conhecimentos, competências e responsabilidades na prática clínica do estudante (Alarcão & Tavares, 2007).

As situações que se deparam no quotidiano da enfermagem, para o estudante que as vivencia pela primeira vez, têm significado diferente do atribuído pelos tutores.

*Para alguns enfermeiros, aquilo [a morte] é tão banal que alguns não ligam muito, pois é o que acontece sempre no dia-a-dia e não reparam que para nós, são experiências um bocadinho diferentes, nunca tínhamos passado por isto. E6.12.*

*Outros tutores acham que as coisas que acontecem naquele serviço são banais e o habitual que nem dão conta que nós vemos as coisas pela primeira vez e aquelas 'banalidades' para nós são especiais. E20.39.*

O grande desafio do tutor é ajudar o estudante no processo de criação de 'zonas de desenvolvimento proximal' provocando desafios e reptos, abordáveis não tanto no sentido de os poder resolver ou solucionar por si só, mas no sentido de os poder enfrentar graças à combinação das possibilidades do estudante e dos apoios do orientador (Rodrigues, Pereira & Ferreira, 2006). Quanto mais os ensinantes possibilitarem aos aprendentes perceberem-se como seres inseridos no mundo, tanto mais estes se sentirão desafiados a responder a novas solicitações e a assumirem uma atitude de respeito (Freire, 1975).

A supervisão deve ser orientada por um profissional experiente, fundamentado, que oriente para aspetos em que não estão despertos, atento aos pormenores, como refere Franco (2000) que ajude no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação.

*Nos doentes em fim de vida, por exemplo, tem especificidades da terapêutica que nós podemos não estar despertos para estas particularidades dos cuidados paliativos, é preciso ser o orientador a chamar a atenção. Olha vê lá isto aqui, administra-se por esta via e não por outra. E20.43.*

*Um orientador também nos pode ajudar a selecionar o que é importante para nós estarmos mais atentos, seleciona as oportunidades de aprender mais nesta situações ou mais naquelas. E20.44.*

O investimento que o orientador faz no processo de ensino-aprendizagem promove o desenvolvimento de competências, que de outro modo não seriam alcançadas.

*O meu ensino clínico do 2º ano não foi fácil, se eu não tivesse levado 'uma chapadinha pedagógica', se não tivesse sido estimulada, agora ainda teria muitas dificuldades, como estão a ter os meus colegas que não tiveram esta 'chapadinha' e quanto mais tarde pior. Agora no 4º ano há a expectativa dos serviços de que já devemos ter certas competências adquiridas. E6.21.*

O orientador ajuda o estudante a otimizar as oportunidades de aprendizagem a partir das experiências formativas. Contudo, se tiver de usar de alguma diretividade deve providenciar para estabelecer, ou manter um bom clima afetivo relacional, que sem ser castrante, ou intimidante, mas exigente e estimulante (Alarcão & Tavares, 2007). Mas, ninguém pode educar o estudante se ele não se souber educar a si próprio. Como refere Alarcão (1996a) este tem de assumir uma postura de empenhamento auto formativo, de descobrir em si as potencialidades que detém, de procurar no seu passado aquilo que já

sabe e o que é, para sobre essa plataforma construir o presente e o futuro. Tem de ser capaz de interpretar o que vê fazer, de imitar sem copiar, de recriar, de transformar, o que conseguirá se refletir sobre o que faz e sobre o que vê fazer.

A aprendizagem complementa-se com a integração na equipa, o que contribui não só para o processo de socialização, mas também para a apropriação de saberes.

*O que me ajudou muito foram os relatos de casos reais que a equipa partilhou comigo, perceber como é que eles perspetivaram as situações reais, como refletiram e agiram naquela situação, senão fica tudo muito só na teoria. E5.14.*

*A nível do luto e da vivência da morte, ajudou-me mais o acompanhamento dos enfermeiros do local do contexto, do que a formação que nós tínhamos na escola. E13.14.*

Um dos modos de aprender é pela observação da realidade, pelas experiencias pessoais ou partilhadas pela equipa que o levam a questionar-se, a refletir sobre as práticas e a compreender o porquê de determinados conhecimentos teóricos, ou procedimentos clínicos. Segundo Alarcão (2001a) a aprendizagem integrada numa equipa permite, em paralelo, a aquisição de competências de socialização que só se adquirem em contexto de trabalho; o trabalho em equipa e a comunicação com a mesma; a organização individual do trabalho; as relações interpessoais; a partilha de responsabilidades; o consolidar as aprendizagens adquiridas e mobiliza-las para novas situações; a tomada de decisão; a gestão de conflitos, entre outras; todas estas aptidões não são possíveis desenvolver na formação teórica.

O apoio do tutor na orientação dos cuidados em fim de vida é uma mais-valia que permite ao estudante ingressar na vida profissional com algum saber elaborado.

*Os colegas que não tiveram essa experiência [de lidar com a morte] nos estágios, se calhar a primeira vez vai ser como profissionais, o que é complicado. Porque eu tinha a enfermeira comigo, tinha um apoio, um suporte, não estava sozinha, ela ajudou-me muito. E17.14.*

Como foi referido anteriormente há profissionais que ingressam na vida profissional sem terem experienciado ou aprendido a cuidar em fim de vida o que os lança pela primeira vez numa prática vivida sem apoio. Os que foram apoiados por tutores experientes estão em vantagem, como referem Sanches e Sá-Chaves (2011) tiveram um orientador atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e às dificuldades, para além de adequarem a sua intervenção e comunicação, ajudando a progredir e a aceder a um saber, a um saber fazer e a um saber ser (Sanches & Sá-Chaves, 2011).

O tutor é um facilitador da integração no serviço, cada vez mais um orientador da aprendizagem promovendo a socialização antecipada. Como refere Carvalhal (2003) o tutor assume um papel muito importante, esclarecendo os estudantes na apropriação de saberes teórico-práticos, de forma a adquirirem comportamentos que os prepararam para no futuro serem profissionais competentes. Dias (2010) acrescenta que o tutor terá também uma influência decisiva sobre os estudantes que se encontram numa fase de construção da sua identidade profissional.

### **Formação para cuidar em fim de vida: a perspetiva dos profissionais**

Analizadas as perspetivas dos estudantes sobre os diferentes contributos para a sua formação, passamos a comentar o parecer dos profissionais sobre o seu percurso. Tal como nos estudantes foi adquirido no ambiente familiar e no curso de enfermagem, salientando que a formação pós graduada foi a mais profícua, não só por terem mais maturidade, como por desenvolverem áreas do saber do seu interesse.

Os docentes, à semelhança dos estudantes, consideram que a herança cultural foi relevante na medida que adquirem crenças e valores que influenciam a visão ontológica do ser e do mundo.

*O que eu acho que me influencia é a forma como a morte foi vivida na minha família. Tem a ver com as atitudes, com as tradições e com os valores que herdei. Para mim a morte é mais uma construção social e familiar do que religiosa. D7.14.*

*Muito nova faleceu-me um irmão de acidente. Não tive a preparação para a morte dele, mas fui eu que tive que dar a má notícia à família. Hoje percebo que isso me marcou. (...) ajudou-me a entender o que é estar aqui agora, mas já não estar momentos mais tarde. A imanência das coisas, o fluir da vida. D10.1.*

As descrições explicitam o modo como foram estruturando a conceção da morte, através das aprendizagens feitas no ambiente familiar e comunitário. Quando a morte era vivenciada na família e pela comunidade, essa convivência permitia a formação no arcabouço mnemônico dos indivíduos, ajudava a estruturar a ideia de transitoriedade da vida, de aprender a cuidar dos moribundos e de enxergar a possibilidade da própria morte, facilitando o integrar da noção de finitude, expressa através de comportamentos específicos, como quando protagonizavam o ritual fúnebre (Moreira & Lisboa, 2006).

A formação obtida no curso de enfermagem foi marcante, tanto na construção como pessoas, como profissionais.



*A minha escola [de enfermagem] ajudou-me muito a construir aquilo que sou hoje. D10.10.*

*Na escola, na altura em que eu fiz o curso, era dado um destaque à morte que eu penso que foi para mim muito importante. D5.5.*

*Eu sou o que sou, não só pela família que tive, mas também pelos professores que tive e que souberam cuidar de mim. D1.45.*

De acordo com os relatos dos docentes, na escola foram orientados numa perspectiva humanista diferente das tendências histórico-sociais vigentes numa sociedade globalizada e de ensino de massas pouco atenta às peculiaridades de cada sujeito. A inserção e incorporação dos valores da globalização com crescentes exigências requerem que o indivíduo e particularmente os profissionais de saúde façam um esforço para não perder a visão humanitária, ameaçada pela pós-modernidade (Scherer, Scherer & Carvalho, 2006).

Os ensinamentos clínicos e os estágios sob tutela são considerados momentos privilegiados para a aprendizagem do cuidar em fim de vida, sendo cruciais os apoios recebidos durante os percursos de aprendizagem na prática clínica.

*O que mais me marcou enquanto aluna, foi o sentir-me perfeitamente apoiada. Foram respeitados os meus tempos. Se não consegui estar em determinado momento saí, sem qualquer problema. Isso para mim foi muito importante, mais importante do que a experiência de contactar com a morte em si. D3.6.*

*Tive uma coisa muito boa, que foi durante o estágio, especialmente os estágios mais difíceis, em que faleciam mais doentes, tínhamos aulas com um Sociólogo e um Psicólogo que iam ao campo de estágio, e nós falávamos das situações mais complicadas, as que nos causavam mais angústia. Nós tínhamos muito apoio, e também apoio da equipa de Saúde Mental. D5.7.*

Na aprendizagem que tem como modelo a componente de orientação tutorial é importante a proximidade entre tutor e tutorando e a relação pedagógica que se estabelece. A conceção integradora e multidimensional da supervisão clínica devem apoiar-se num diálogo franco, aberto e numa atitude de colaboração e de compreensão, procurando um aperfeiçoamento constante e contínuo (Albuquerque, Graça & Januário, 2005). Para além do papel dos orientadores há que salientar a influência da filosofia das instituições formadoras, que privilegiam as atitudes humanitárias, considerando a importância da procura do autoconhecimento, tanto para os profissionais, como para os estudantes, em qualquer momento da aprendizagem teórica ou prática, valorizando as dimensões afetivas e sociais que integram as pessoas na sua totalidade. Essa valorização do desenvolvimento global e holístico é tão importante quanto a dimensão intelectual, ou cognitiva do processo ensino-aprendizagem (Luckesi, 1994).

Os profissionais, provenientes de diferentes escolas e planos de estudos, tiveram diversas experiências de aprendizagem e recordam que o modelo privilegiado na sua formação difere do atual, havendo uma lacuna no cuidar para o fim de vida.

*Eu não posso dizer que fosse uma área deficitária na formação, [o morrer] mas era uma área do cuidar que não se falava muito tendo em conta o peso que tem. D7.15.*

*Terminei o curso há uns 20 anos, isto nos anos 80 não se tinha a perspetiva que se tem hoje. Não se falava em cuidados paliativos, não se falava em cuidar para a morte. Falávamos em cuidar para a vida, para restabelecer a pessoa, para a cura, para voltar ao seu potencial máximo. T12.13.*

*Quando eu fiz o meu curso base, se bem me recordo, aquilo que se falava sobre a morte era meia dúzia de horas, sobre a área de oncologia e associado a isso, cuidados paliativos e pouco mais. T9.40.*

*A filosofia dos cursos de enfermagem, no meu tempo de aluna, era de cuidar para a vida. A vida como valor supremo. O importante era a cura. T11.35.*

A filosofia dos cuidados foi evoluindo. Se no século XX a tónica era centrada na preservação, manutenção e prolongamento da vida, esta conceção foi se redefinindo. Podem identificar-se na enfermagem dois tipos de cuidados de natureza diferente e para momentos diferentes. Como refere Hesbeen (2000) a natureza dos cuidados quotidianos e habituais (*care*) difere dos cuidados de reparação (*cure*), enquanto os primeiros têm por função manter e assegurar a continuidade da vida reabastecendo-a de energia de natureza alimentar, afetiva ou psicossocial, os cuidados de reparação visam limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas através do tratamento, tendo como fim último curar. São os cuidados (*cure*) que os entrevistados referem como preponderantes na sua formação profissional em detrimento do (*care*) e do estar atento ao que é importante para aquela pessoa, que permite melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada em situações particulares de vida. Cuidar significa dar especial atenção a uma pessoa que vive uma situação específica nos seus processos de transição ao longo da vida (Hesbeen, 2000).

Pelas narrativas a preparação obtida nesta área, no curso de enfermagem foi incipiente.

*(...) não tenho qualquer lembrança da morte ser trabalhada nas aulas. Nada me marcou. O que me lembro era das aulas em laboratório e da preparação da múmia. D9.6.*

*Eu não tive aulas sobre isso, só tive aulas teórico-práticas para fazer a múmia, mais nada. Eram só cuidados direcionados ao corpo. D6.14.*

*A nível do curso de licenciatura não tive a preparação necessária para lidar com a morte, de assistir à morte, de cuidar em fim de vida, não fui preparada. Há 11 anos não fui. T6.16.*

*No meu curso não havia a preocupação em nos preparar. Não havia a abordagem em fim de vida. Falava-se na morte, mas não havia esta preocupação do cuidar em fim de vida, nem dos cuidados paliativos. T2.10.*

*Em termos de formação de base, acho que no curso não tive muitos conteúdos que me dessem suporte. Até porque naquela época era muito o desenrascar, o improvisar, o ter que enfrentar as situações. T4.12.*

A falta de preparação para o cuidar paliativo não é exclusiva da formação dos enfermeiros. Nas pesquisas feitas por Gonçalves e Schineider (2001) é comum os relatos dos estudantes dos cursos de enfermagem e medicina, referirem que a discussão da temática da morte não é feita no ensino teórico ou prático, mesmo quando esta é vivenciada quotidianamente na prática hospitalar, sem que sejam preparados para cuidar do moribundo, como não aprenderam a lidar com o impacto que a morte lhes causava.

*Como profissionais para lidar com a morte não somos preparados, nem treinados para lidar com sentimentos tão diversos. Não fazem parte da nossa preparação. D7.41.*

*A nível da parte emocional, como devíamos gerir os sentimentos? não me lembro de falar isso na escola. T6.17.*

É habitual perpetuar o tabu de falar sobre a morte e morrer durante a formação do estudante de enfermagem, impedindo o seu crescimento humano. Na base desta lacuna pode estar a insegurança dos professores, que enfrentaram as mesmas dificuldades, daí a impessoalidade, protegendo-se da dor, do sofrimento e da reflexão sobre a sua própria finitude. Como estratégia de coping o professor não proporciona oportunidades (espaço) ao aluno para refletir sobre a morte. Neste caso, Valsecchi e Nogueira (2002) consideram que os docentes tendem a investir mais na técnica e a exigir do estudante um comportamento mais centrado na componente técnica e material.

Os profissionais reconhecem que os cuidados em fim de vida não eram uma prioridade na formação académica na época em que foram estudantes, pelo que a aprendizagem foi insuficiente e a falta de maturidade obstáculo para compreender a complexidade das variáveis envolvidas no cuidar em fim de vida.

*Era muito jovem e creio que não tinha maturidade para estas questões da morte e do morrer. Creio que a escola, à moda da época, transmitiu-nos os melhores ensinamentos, mas a nossa imaturidade não dá para abarcar tudo o que nos querem ensinar. T11.15.*

*Não sei se pela minha falta de maturidade, eu dei pouca importância à formação que me deram no meu curso. Mas, do que me lembro, nós estudantes há uns anos éramos colocados em estágio sem muito suporte e aprendíamos muito no estágio. Éramos confrontados com as situações sem preparação prévia. T4.37.*

O corpo discente dos cursos de enfermagem era caracterizado pela inexperiência e imaturidade próprias da fase de vida em que se encontravam, pouco sabiam sobre a profissão que escolheram e estavam alheios às peculiaridades do que seria um currículo essencial para a sua formação (Scherer, Scherer & Carvalho, 2006). Por outro lado sentem-se constrangidos para enfrentar situações complexas sem estarem preparados ou sensibilizado para tal. Neste sentido importa ajudar o estudante a ser autêntico, ser capaz de reconhecer as suas limitações e potencialidades, reconhecendo-se tal como é (Watson, 1996). Ao reconhecer-se imaturo, fragilizado, ou descapacitado o estudante abre o caminho para ser aprendiz.

A transição do ensino secundário para o superior acontece num momento de mudança de fase do ciclo da vida, ou seja, na transição da adolescência para a vida adulta, fase em geral, repleta de dúvidas, dificuldades, questionamentos e incertezas (Scherer, Scherer & Carvalho, 2006). Tal não ocorre quando os profissionais escolhem o momento para fazer formação ao longo da vida, situam-se noutra etapa de desenvolvimento, têm outra maturidade que permite compreender e refletir sobre o conhecimento de modo diferente de quando estudantes do curso de licenciatura.

*Quando fiz a especialidade tinha uma maturidade bem diferente que quando fiz o curso inicial. Logo entendia as coisas de outra forma. D9.10.*

*O voltar à Escola, mais tarde, o aprender a refletir sobre as minhas práticas. O desenvolver uma aprendizagem centrada nas minhas necessidades formativas, foi muito construtivo. T11.24*

*Fazer a especialidade em enfermagem de reabilitação foi muito bom para mim. O juntar o saber prático com o saber teórico, mais estruturado é muito enriquecedor. É engraçado que dou conta que face aos mesmos acontecimentos posiciono-me de forma diferente, que há uns anos. É porque algo em mim se modificou. T12.21.*

Ao progredir nos diferentes ciclos de estudos e na interação com os clientes, com os pares, com as equipas e com os professores, os estudantes vão adotando uma conceção relativizante da realidade, atribuindo legitimidade epistemológica à incerteza e à diversidade de opiniões. Como refere (Kramer, 1989, cit in Marchand, 2008, p. 11) os estudantes e profissionais vão incorporando paulatinamente algumas características específicas do pensamento do adulto, como: “a consciência e compreensão da natureza relativista e não absolutista do conhecimento; a aceitação da contradição, enquanto parte da realidade e a integração da contradição em sistemas abrangentes, isto é, num todo dialético”. Sendo de particular relevância a formação pós graduada.

*(...) o próprio mestrado, em que fiz a tese na área dos cuidadores, a especialidade que mais uma vez desenvolvi na área do doente em fim de vida, tudo isto tem sido contribuições. T7.11.*

*Achei que devia fazer mais formação nessa área, ser perita e fui fazer o mestrado em cuidados paliativos. D6.19.*

*As referências em que eu me consigo situar são mais em termos da formação pós básica, da especialidade em saúde mental e depois o mestrado e também a minha experiência como docente numa escola para arranjar suporte para documentar as minhas aulas fez-me desenvolver essa área da pesquisa. T4.14.*

As principais tarefas que os estudantes, principalmente os que frequentam estudos pós-graduados consiste em serem capazes de assimilar conhecimentos de diferentes naturezas, identificar problemas, refletindo sobre a sua natureza e sobre os processos pelos quais poderão ser resolvidos, analisar modelos conceptuais que estão em constante transformação, tomar consciência de que os conhecimentos têm uma causalidade multivariada e comparar, transformar e sintetizar sistemas de relações, criando novos campos de conhecimento.

A área do cuidar em fim de vida tem sido considerada uma das mais complexas, sendo as dificuldades mais enumeradas: o estabelecer a relação com os clientes e com as suas famílias; o cuidar dos familiares enlutados; o lidar com o corpo do outro; o lidar com a morte em pessoas jovens; a falta de preparação prévia para lidar com a morte e gerir as emoções. Porém, há alguns aspetos que diferem na apreciação, sendo apenas os tutores a referir dificuldade em cuidar das famílias em luto e só os docentes a relatar dificuldades em lidar com a morte de pessoas jovens.

A dificuldade de estabelecer a relação com os utentes foi expressa por todos os participantes que evitavam comunicar com o doente e com a sua família, sendo várias as causas, o estar centrado na satisfação das necessidades fisiológicas do doente, ter que se confrontar com os sentimentos de perda e dar más notícias.

*Resumindo, as minhas dificuldades a nível relacional foi porque não tinha experiência do passado, nem estava aberta a outras dimensões do cuidar que não as fisiológicas. T10.13.*

*Houve situações que tive dificuldade. Em doentes que conheço o prognóstico mau que têm, que vão acabar por morrer e a dificuldade é ajudar o próprio doente em aceitar a morte. T7.8.*

O enfermeiro tem a atenção dirigida às particularidades do outro, Kübler-Ross (2002, p. 273) considera que “ser terapeuta de um doente que agoniza é consciencializarmo-nos da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada

de consciência da nossa finitude, do nosso limitado tempo de vida”. Mas é necessário estar preparado para prestar este cuidar, a falta de preparação leva a evitar o relacionamento.

*(...) não ia ao pé da pessoa para a escutar ou ouvir e estar com ela. Eu fugia disso e tinha a noção que fugia disso, e quando estava a família pior ainda. Quando chegava a família, eu tinha dificuldade em suportar aquela angústia, aquela tristeza. D6.11.*

*Outra dificuldade era na frequência das visitas domiciliárias e a disponibilidade que nós deveríamos mostrar aos utentes sempre que tivessem dúvidas e precisassem dos nossos cuidados. Era uma coisa que me passava ao lado, estava muito focado só na visita e esquecia o resto. T10.12.*

Os enfermeiros estão conscientes do drama que vivem com os clientes, do que deveriam fazer ou falar, mas por medo das reações emocionais ou comportamentais recusam fazê-lo. “Procuram no exterior da relação, uma solução que não os force a um maior envolvimento (...) para isso usam estratégias de evitamento” (Chalifour, 2008, p. 221). A autora refere alguns comportamentos dos enfermeiros para contornar as dificuldades em estabelecer a relação: agir em substituição do cliente, fingir que não vê o comportamento do doente; evitar encontrar-se com ele, permanecendo o menos tempo possível na enfermaria ou afrontar o cliente discutindo com ele.

Uma das componentes relacionais mais constrangedoras é comunicar notícias difíceis, ou más notícias, porque “aprenderam nos bancos da academia a salvar vidas e a melhorar a saúde, e não a lidar com situações de perdas de saúde, de vitalidade, de esperança e de morte” (Araújo, 2009, p. 217).

*Aquilo em que eu tenho mais dificuldade é na transmissão de más notícias. Não tive essa formação no curso e é uma coisa que vamos fazendo por tentativa e erro, não me parece que seja o mais adequado. T3.5.*

*Intuitivamente fui aprendendo a dar a notícia da morte. Falo isso nas minhas aulas, o telefone era um exercício interessante de gerir estes processos em que temos que comunicar uma notícia desta natureza a outra pessoa que está do outro lado do telefone e que nem sequer estava muito desperto para a situação. É uma aprendizagem interessante do ponto de vista da aprendizagem pessoal, da comunicação. D11.5.*

Quando a transmissão de más notícias inclui a de falecimento, é importante associar o acto de informar, à perda e ao processo de luto implícito de quem recebe a notícia. Como refere Ufema (1999, p. 24) “se as notícias são dadas corretamente a família nunca esquece a enfermeira, mas se a notícia for dada de modo incorreto a família nunca a perdoa”. Comunicar à família que o doente morreu nunca é tarefa fácil. A família poderá expressar vários sentimentos como: negação, aceitação, raiva, solidão, isolamento, culpa e revolta. Por vezes apresentam sentimentos ambivalentes o que

dificulta ao enfermeiro fazer uma abordagem centrada nos acontecimentos (Alvim, Santos, Figueiredo & Tonini, 2002).

Nos relatos dos enfermeiros são explícitas as dificuldades em cuidar a família na preparação para o luto, não só por se identificarem com esta, como por terem que gerir as falsas expetativas.

*Quando cheguei aos CSP e fui para os cuidados continuados, deparei-me com uma dificuldade logo. Como comunicar com estas famílias. O que dizer? Quando as pessoas nos tentam abordar, com perguntas do tipo: Acha que demora muito tempo? Acha que vai falecer? T2.12.*

*Para mim é difícil comunicar com todos os membros da família do doente, porque são todas pessoas diferentes, em etapas do ciclo de vida diferentes, podem ter visões diferentes sobre a morte, expressam e sentem emoções diferentes. T11.19.*

As dificuldades dos profissionais em comunicar com a família são comuns em diversas pesquisas, como refere Sapeta (2011, p. 254). “a família pode representar dificuldade ou facilidade conforme as pessoas que a ela pertencem, as relações pré existentes entre eles e com o doente, as características contextuais e do processo de adaptação à doença”. Os enfermeiros podem apoiar as famílias, ajudando-as a obter informação, apoiando os mecanismos de coping e fomentando uma esperança realista (Hanson, 2005).

*Para mim é muito difícil, porque eu coloco-me muito do outro lado. Do lado do utente se ele está lúcido e isso ainda me faz mais impressão, revejo-me muito se me coloco do lado da família. Vejo as coisas como se fosse um familiar meu, e isso traz-me alguns problemas. Lido mal com a situação. T5.6.*

*Tive dificuldades principalmente relacionais. Como falar do assunto? A que é que eu tinha que estar atento? Não só ao utente, mas também à família. Era todo o contexto. T10.10.*

Os familiares do moribundo ao compreenderem a gravidade do prognóstico percebem que a esperança na cura, ou no restabelecimento não faz sentido, sentem o mundo desabar, o que faz com que, em muitas circunstâncias, as necessidades psicológicas da família excedam as da pessoa doente e, dependendo da intensidade das reações emocionais desencadeadas, a ansiedade familiar torna-se um dos aspetos mais difícil de gerir pelos profissionais de saúde (Oliveira, Voltarelli, Santos & Mastropietro, 2005).

Os profissionais, mesmo os mais experientes, continuam a ter dificuldade em gerir as emoções em diferentes tónicas da relação com o cliente sendo necessário aprender a separar as emoções vividas no trabalho, da sua vida particular e procurar não levar as dificuldades vividas no trabalho para casa e vice-versa, como estratégia para não aumentar mais o desgaste emocional (Shimizu, 2007).

*(...) Aquilo que eu aprendi a minha vida toda, que é, uma pessoa morre, temos duas possibilidades, ou choramos 'baba e ranho' porque nos juntamos à dor e ao sofrimento daquela pessoa; ou então seguimos aquela linha que já teremos ouvido falar em algum lado, em que nós somos profissionais e as nossas emoções ficam à porta. T9.30.*

*A primeira coisa que fiz para ultrapassar as dificuldades, foi confrontar-me com as situações de morte. (...) Decidi ir para o IPO e sabia que ia cuidar de pessoas a morrer. Foi um desafio, o querer-me confrontar com os meus medos. D4.15.*

*Nós temos que arranjar estratégias, muitas vezes são de distanciamento. Saber que deveria agir, ou fazer ou dizer desta forma, mas não vou dizer, porque não me quero envolver. Cai-se muito na frieza e no distanciamento, o que é péssimo. T5.17.*

Vários autores referem as dificuldades dos enfermeiros em gerir as emoções, face a momentos do cuidar com grande intensidade. Abiven (2001) recorda que o sofrimento físico e moral dos doentes e a angústia das suas famílias, ou o desaparecimento físico de um doente ao qual se tinham afeiçoado, atinge de modo profundo os cuidadores, levando por exemplo a alterações oníricas, com sonhos perturbadores, ou a reflexões angustiantes sobre a morte.

Outra dificuldade para além de gerir os seus sentimentos é a de lidar com os do doente ou família em áreas tão sensíveis como o gerir a esperança.

*Uma das dificuldades que eu tenho é dosear, gerir a esperança sem 'cortar' a esperança. Isto é um processo que é complexo. D3.18.*

*Explicar ao doente ou à família, que às vezes ainda vem cheia de esperança na vida, que vai precisar de transformar essa esperança na vida, por uma esperança numa morte digna e confortável, é um grande desafio. T11.18.*

A falsa esperança dos clientes pode ser constrangedora para os profissionais que não sabem lidar com este sentimento. A esperança é um conceito multidimensional, no entanto concordamos com Sachse (2007) quando a considera uma resposta dinâmica e afetiva que pode incluir uma resposta comportamental e psicológica resultando numa atitude positiva, avaliação realista de um evento com opções, mobilização de energia, determinação para suportar o sofrimento sendo necessária para assegurar a qualidade de vida. No estudo de Barros (2009) sobre a esperança, os profissionais de saúde consideraram-na protetora, nomeadamente dos sujeitos que estão em situações de vida penosa ou em sofrimento. A pessoa que tende a ficar em desesperança aumenta a angústia e fica privada de algum bem-estar e da qualidade de vida que lhe resta. Os profissionais ao promoverem e dosearem a esperança através de uma relação humanizada, em que o doente e a família tem conhecimento da situação e ajudam a dissipar os medos e as fantasias (Bianchini & Dell'Áglio, 2006).



Para além das dificuldades relacionais, a parte instrumental de lidar com um corpo que se desfigura ou não responde a estímulos também é constrangedor.

*O cuidar do corpo sem vida foi difícil, e depois todos aqueles trâmites que nós tínhamos aprendido, [fazer a múmia] desde como colocamos as mãos, como colocamos as ligaduras, tudo! T6.13*

*Tive dificuldades em tocar num corpo que está morto e que tinha que se despir e ficava nu, aparentemente fragilizado, ali ao pé de mim, de alguém que tinha estado a mexer e deixou de mexer. A sensação era de tocar, mas verificar se ele já não mexe mesmo? Não responde mesmo? E com a sensação de que queria que ele continuasse a responder. D6.8.*

*Coisas simples, como o passar da cama para maca, é terrível. A maca é dura de aço e aquele baque do corpo morto a cair sobre a maca causa-nos muito desconforto, ainda me continua a causar. T6.15.*

Para a enfermagem a morte de um cliente não significa uma passagem, um momento, mas uma série de etapas que envolvem aspetos técnicos, legais e éticos e que podem durar minutos, horas, dias ou meses (Coelho, 2006). O lidar com o corpo morto, ou que vai morrendo, é uma dificuldade referida em muitos estudos. De acordo com Silva e Ruiz (2003) é frequente a fuga estratégica na preparação do corpo, o que pode ser explicado por um prisma psicanalítico, podendo significar o medo de encarar a própria finitude. É pouco salutar e desagradável aos sentidos manipular um cadáver, enxugar e limpar as secreções e tamponar os orifícios. Idêntica opinião é partilhada por Ribeiro, Baraldi e Silva (1998) ao referir que os enfermeiros sentem angústia e sofrimento ao cuidar do cadáver, como: realizar a limpeza do corpo, desligar os aparelhos, retirar as sondas, tamponar os orifícios, vestir, fazer a múmia e transportar o corpo até à sala mortuária, são tarefas que causam sentimentos de tristeza, depressão e de angústia, associados ao sentido de negação da profissão, das ações antes empregadas, dos cuidados prestados, é o ‘desafio perdido’.

Se cuidar do corpo físico inerte é constrangedor, cuidar de crianças e jovens que se degradam dia a dia é penoso. Os docentes recordam os sentimentos que experimentaram quando se confrontaram com a morte de crianças e jovens.

*(...) há vinte e muitos anos em 1986, não havia cuidados paliativos, nem controlo sintomático, isto traumatizou-me muito, assistir à morte de um jovem. D4.3.*

*Com algumas situações tive dificuldade, porque me identificava com as pessoas mais jovens. D2.13.*

*Com crianças mais pequenas que estavam para morrer foi relativamente mais fácil, eu de certo modo consegui lidar, digamos que “aguentei-me”, mas depois quando sai do*

*hospital eu chorava que nem uma perdida, mas na altura eu conseguia estar com elas, D12.18.*

A morte da criança e do adolescente é interpretada como uma interrupção anormal no ciclo biológico o que provoca nos cuidadores grande carga emocional. Cuidar destes doentes leva a maior possibilidade de envolvimento e de estabelecer vínculos afetivos e quando este vínculo é interrompido pela morte, provoca mal-estar. “As mortes mais difíceis parecem ser as que evocam as nossas circunstâncias pessoais e familiares: os doentes que tem a nossa idade ou a idade daqueles que mais amamos, os doentes que têm percursos de vida semelhantes aos nossos” (Neto, Aitken & Paldron, 2004, p. 41). Este assunto muito documentado na literatura descreve a perda como sendo algo difícil de aceitar porque eles tinham um contacto significativo com a criança/jovem e com a família (Costa & Lima, 2005).

A falta de formação para cuidar em fim de vida foi expressa pelos profissionais referindo-se a diferentes aspetos que nem sempre foram conseguidos durante o curso, como: a falta de conhecimentos, a falta de experiência e o não desenvolver uma atitude reflexiva.

*Enquanto estudante não tive essa experiência, nem de refletir sobre a morte, nem tive a capacidade de discernir de quem é que eu estava a cuidar. Também não tive na teoria, nem na prática esses aportes, porque falava-se pouco [da morte]. D6.13.*

*No início da profissão tive dificuldades, tanto mais que eu não tive experiência de cuidar em fim de vida como estudante. D8.10.*

*Nós não estamos preparados para lidar com a morte na nossa vida pessoal e, mesmo durante o curso, aquilo que nos é falado, é precisamente isso, é falado. E isto [a morte] é uma experiência que é preciso experimentar. T9.15.*

*Daí os cuidados em fim de vida serem uma área de enfermagem que não é uma área fácil, requer muita atenção, muita formação, maturidade e tem que ser apreendida com as particularidades que lhe são inerentes. T4.7.*

*Primeiro tinha uma abordagem muito tecnicista pelo facto de não ter tido oportunidades no curso e nos ensinamentos clínicos de contactar com estas situações. Falamos muito a nível curricular, mas a aplicação foi muito pouca. T10.11.*

Desde o início da formação que muitos estudantes de enfermagem vão elaborando a ideia de que irão lutar para preservar a vida, em oposição à possibilidade da morte, porque é na cura que encontram gratificação profissional. Quando têm que lidar com situações que envolvem a morte e o morrer, em geral sentem-se despreparados, inseguros e tendem a afastar-se. “Muitos autores afirmam que a dificuldade com que os profissionais de enfermagem têm em encarar a morte como um processo natural e

aceitável encontra-se nas raízes da sua formação” (Bretas, Oliveira & Yamaguty, 2006, p. 482).

A falta de apoio é outra dificuldade relatada pelos profissionais, que ao cuidar do outro sentem que também são pessoas e precisam de ser cuidados e amparados.

*Nós profissionais, médicos e enfermeiros, não temos suporte nenhum. Eu quando estava a prestar cuidados nesses serviços sentia-me muitas vezes esgotada. Necessitava de um apoio, porque aquelas situações eram um peso demasiado constrangedor. Sentia-me esmagada e pensava, como é que eu vou poder ajudar se eu estou esgotada? D12.25.*

Para proporcionar cuidados de qualidade a estes doentes é necessário um investimento na preparação, aprimoramento continuado e formação especializada dos profissionais, assim como a implementação de serviços de suporte à saúde mental e de psicologia nas instituições hospitalares e de saúde que possam oferecer apoio aos doentes, familiares e aos profissionais, promovendo as potencialidades do enfermeiro como indivíduo e como profissional (Kovács, 2008). Idêntica opinião é partilhada por Paiva (2009, p. 85) ao considerar que “os hospitais e particularmente os oncológicos, devem ter um serviço de psicologia, não só para trabalhar com os doentes e famílias, mas com toda a comunidade incluindo os profissionais”. Esta falta de apoio continua a ser sentida como um aspeto deficitário.

*Essa parte da ajuda, do apoio, do experimentar, do partilhar com outros técnicos que falha a 100%. Fala-se muito em trabalho em equipa, mas aqui não há. Era importante o apoio ao profissional, porque teve aquela situação que mexeu com ele, que não consegue ultrapassar, que não consegue lidar. T5.15.*

*A equipa dava-me muito apoio, mas nós precisávamos de um apoio mais técnico, mais especializado, para ajudar a evoluir, a gerir as emoções para poder ajudar o outro e a cuidar melhor. D12.29.*

As narrativas evocam o que é esperado das equipas, porque os profissionais de saúde não trabalham isolados, mas habitualmente integrados em equipas multidisciplinares independentes, que conduzem avaliações, planos de ação e cuidados independentes, com pouca comunicação e apoio entre os seus membros. Seria desejável, na perspetiva de Incontri (2011) equipas interdisciplinares, colaborativas e integradas para estabelecerem objetivos comuns no cuidar, cuidando em sintonia, conjugando conhecimentos, ações e sensibilidades. Mas, melhor seria trabalhar em equipas transdisciplinares nos cuidados em fim de vida. O que não invalida que as equipas interdisciplinares ao realizarem interações entre conhecimentos e ações de diferentes áreas, alcançando níveis de sintonia na ação e desenvolvendo a pesquisa, deste modo contribuiriam para a construção de um novo paradigma da transdisciplinaridade.

Para além de elencarem múltiplas dificuldades, também são vários os fatores que contribuíram para aprender a cuidar. Todos os intervenientes consideram importante a formação, no entanto o significado que esta assume é diferente para os estudantes e para os profissionais. Os fatores que contribuíram para os estudantes aprenderem a cuidar em fim de vida foi a aprendizagem em contexto formal centrada nas diferentes experiências que o curso lhes ofereceu. Para os profissionais contribuíram para os capacitar para cuidar dos clientes em fim de vida: a filosofia de vida, em que aprenderam a valorizar a dimensão cultural e espiritual do cuidar e a auto aceitar-se; a reflexão sobre a prática; a experiência profissional; as aprendizagens com a equipa em que lhes foi facilitado apropriarem-se dos saberes concetuais e experienciais dos pares e por outro a possibilidade de partilhar as dificuldades com a equipa e com os pares; a formação ao longo da vida da qual salientam a autoformação e as aprendizagens em contextos informais e formais.

Valorizam a filosofia de vida como uma componente essencial para se estruturarem como pessoas e como profissionais. Expressam dois aspetos: o significado que a dimensão cultural e espiritual tem na sua formação e no modo como percecionam as questões ontológicas e a auto aceitação de si e das suas fragilidades.

A dimensão sociocultural e espiritual deve estar presente e ser mobilizada para a prestação de cuidados, particularmente no fim de vida em que se deve respeitar os valores, as crenças e a filosofia sobre a vida e sobre a morte.

*Conheço a essência das várias religiões e culturas que interpretam o fenómeno da morte e do pós morte, (...) isso fez-me ver a morte de uma forma pluri cultural e ajudar as pessoas e as famílias a prepararem-se para a morte consoante as dimensões espirituais que valorizam. D8.6.*

*Procurei outras formas de conhecimento e de compreender o fenómeno da morte, mas eu acho que é determinante a dimensão espiritual para lidar com este fenómeno. D9.13.*

A enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais e na opinião de Luna e Cameron (1989) a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma maneira significativa, congruente, respeitando os valores culturais e religiosos. A dimensão transcultural do cuidar ajuda o enfermeiro a estar atento ao quadro de referência do outro, esta “é a provisão da assistência de enfermagem sensível às necessidades dos indivíduos, famílias, grupos, que são membros de diversas populações culturais numa sociedade, ou entre sociedades” (Cobb, 1998, p. 34).

Os profissionais salientam a influência da espiritualidade na sua conceção de cuidar e na organização da taxonomia de valores.

*A dimensão espiritual ajuda-me a perceber que a vida é um momento de aprendizagem e a aceitar a morte como um momento em que vamos entrar noutro processo de aprendizagem e de evolução, isso ajuda-me a aceitar muito mais o processo de vida e de morte. D9.14.*

*A minha dimensão espiritual influencia-me com certeza, assim como me influenciam outras coisas que nem dou conta, mas que de algum modo me ajudam a ser quem sou. A ver no prisma em que me situo, a defender determinados valores ou princípios, ou a ter determinado discurso, naquele momento e com aquela pessoa. T11.30.*

*Eu como enfermeira sei qual a vertente, qual a filosofia de vida dos utentes que estou a cuidar. Sabia as suas crenças, a sua religião e sua fé e mobilizava isso para as ajudar a passar por este momento. D12.32.*

Os cuidados em fim de vida nasceram sob uma forte influência da espiritualidade, com Cecily Saunders e como salienta Incontri (2011, p. 146) “diante da dor e da morte a maioria das pessoas tende para o espiritual e é o espiritual que alivia e dá sentido existencial”. Na equipa de cuidados não é obrigatório que os membros tenham algum tipo de convicção religiosa ou espiritualidade livre, no entanto a autora considera vital que se cultive a espiritualidade saudável num clima de respeito e reconhecimento de que essa dimensão é vital. “A presença da espiritualidade diante da dor e da morte não pode ser apenas um apêndice politicamente correto, mas uma energia que flua e se faça sentir, uma âncora para todos (utentes e cuidadores) e sintam atraídos pelo transcendente” (Incontri, 2011, p. 147).

Para além da dimensão espiritual, a dimensão cultural no cuidar é outro imperativo que influencia a qualidade dos cuidados.

*Quando um enfermeiro está a preparar aquela pessoa ou família numa perspectiva etnocêntrica, não está a prestar um bom cuidado, está a fazer tudo o que acha bem, mas ao lado das necessidades do cliente, não ajuda, até pode prejudicar. D8.15.*

A pessoa nas diferentes etapas e processos de saúde doença não pode ser dissociada da sua bagagem cultural, visto que a saúde e as práticas a ela ligadas variam consoante a cultura e os enfermeiros devem estar atentos a essas diferenças. Os estilos de vida, os rituais e as atitudes refletem as crenças, valores e práticas culturais que são utilizadas a fim de preservar e manter o bem-estar de um indivíduo ou de um grupo (Meyer; Lopes & Waldow, 1995).

A construção da pessoa integra diferentes dimensões. Se a sociocultural e espiritual é estruturante, a psicológica ajuda o profissional a autoconhecer-se, a ser autêntico e a estar perante o outro, sendo essa aprendizagem feita ao longo da vida.

*Se eu conseguir transmitir ao doente que nesta fase de transição, não está só, que vai ser amparado, ajudado, que vai ser acolhido noutra dimensão. Os doentes conscientes falam no arrependimento, no perdão, se voltasse atrás não faria o que fez, é preciso ajudar a aliviar esses sentimentos de culpa de raiva, ou de dor e a aceitar-se. T11.33.*

*Tornei-me uma pessoa muito mais tranquila, aceitando-me como pessoa, e não há problema nenhum agora, se eu tiver que expressar determinada emoção perante determinada situação, ou pessoa que está em sofrimento pelo seu processo de morte, pela sua angústia, por a doença estar em progressão, ou por a situação se estar a degradar. Não sinto constrangimento em expressar as minhas emoções. T9.37.*

A morte incomoda e desafia a onipotência humana e profissional, sendo os profissionais de saúde ensinados a cuidar para a vida e não para o morrer. Prova deste facto é que na maior parte dos cursos de formação de profissionais da saúde, não existe uma disciplina curricular que trate do assunto de forma não defensiva e biologistica, abrindo espaço para discussão das subjetividades. “Quantas vezes ouvimos na enfermagem a frase não chore, você não pode chorar, nem demonstrar os seus sentimentos na frente do doente, se for seguir tais afirmações, talvez os tipos com personalidade adequada à função seriam os psicopatas e os sádicos” (Brêtas, Oliveira & Yamaguti, 2006, p. 478).

É frequente no início da profissão, por falta de experiência, ou de competências relacionais não saber comunicar e dizer banalidades que podem chocar os destinatários. Aprender a comunicar com o doente e com a família é uma das prioridades para evitar situações desagradáveis.

*(...) apesar das características e da personalidade de cada um, há padrões que são específicos. Vamos começando a trabalhar a desenvolver competências e a arranjar estratégias de comunicação. T3.6.*

*Há aspetos chaves que fazem parte da nossa aprendizagem. Que é importante nós termos. Como a comunicação que se utiliza, as palavras-chave que se devem, ou não devem dizer. Algumas frases chocam o utente, como por ex: “Isso passa”; “isso não é nada”; “deixe lá”, “daqui a algum tempo vai arranjar outro marido”. T4.9.*

Como a morte foi banida durante séculos das conversas sociais e o tema assumiu tom de inadequação e de deselegância, não estamos preparados para estabelecer uma comunicação emocional adequada sobre o tema. Moreira e Palma (2011, p. 327) referem que conselhos como ‘não chore’, ‘levante’, ‘reaja’, ‘não se entregue’, são

recorrentemente oferecidos por todos os grupos sociais, contrariando uma necessidade importante de legitimação da dor de quem sofre”.

Aprender a comunicar vai se desenvolvendo com a reflexão sobre as práticas.

*As questões que eu me colocava e que me ajudavam a refletir: O que é que posso fazer para que a pessoa esteja nesta fase o melhor possível? O que é que nós valorizamos? Afinal o que vale a pena fazer? O que é importante para aquela pessoa? D4.16*

*Refletia muito sobre a prática, para perceber aqui já estou a conseguir, mas noutro domínio ainda não consigo. Antes de estar na pediatria passei pela psiquiatria e desenvolvi a introspeção, para perceber o que as pessoas estavam a sentir. D12.23.*

A atitude reflexiva sobre o que fazemos habitualmente “íntegra o dever de cuidar como dimensão da nossa humanidade reconhecida no imperativo kantiano age de tal maneira que uses a humanidade na tua pessoa e na do outro, sempre como fim e não como meio” (Honoré, 2004, p. 142). A reflexão deve ser redirecionada para várias áreas do cuidar holístico e não se confinar à componente curativa, como salienta esta enfermeira.

*Nós refletimos mais em termos clínicos, bem este doente morreu, se calhar deviam ter feito isto, ter feito aquilo e não falamos tanto a parte da vivência. Como é que vivenciamos com aquele utente e com aquela família, isso fazemos pouco. T1.30.*

O olhar reflexivo questiona as possibilidades de usar de modo diferente aquilo que está à nossa disposição, segundo as transformações dos nossos desejos e preocupações, e das condições em que vivemos. “Um sentido novo dado à ação implica, não só modificações de objetivos e de maneiras de agir, mas uma nova relação com o ambiente onde cada coisa tem o seu lugar de forma diferente” (Honoré, 2004, p. 97).

A experiência é uma componente essencial para o desenvolvimento de competências em diferentes domínios. De acordo com o relato dos profissionais foi um fator essencial para desenvolver a comunicação e atitudes profissionais adequadas. A experiência vai paulatinamente transformando o enfermeiro de iniciado a perito, sendo os saberes experienciais tácitos e implícitos.

*O que me influenciou para além da minha pesquisa, foi também a minha experiência, o que eu via, o que eu fazia, o que podia fazer, onde podia investir mais, com uma situação resultava bem um procedimento, com outra situação teria que ser de outro modo. D12.30.*

*Quando a morte ocorre de forma natural e previsível é muito o lidar com a situação de acordo com a nossa experiência e com o contexto. D7.22.*

*Eu acho que a relação que se vai estabelecer, com este tipo de doentes, tem de se ter já alguma vivência, tem de se ter experiência de vida e experiência profissional para se conseguir cuidar do outro que está a morrer. T8.18.*

Vivemos numa sociedade em mudança, em que os locais de trabalho são cada vez mais lugares de formação e de produção científica, de cooperação com universidades, de divulgação de saberes e de boas práticas, onde emergem novos saberes, competências e diferentes formas de olhar para os processos educativos e de aprendizagem. A construção destes saberes experienciais pela sua natureza desenvolvem-se, como refere Pires (2007), numa multiplicidade de situações e de contextos de vida e obedecem a uma lógica de construção e de difusão distinta daquela que tem sido a lógica dominante de tipo disciplinar e transmissiva.

Os contextos de cuidados são por natureza locais de formação. Contudo, como refere Abreu (2007, p. 85) “A organização, faculta um conjunto de relações, de grupos, de poderes e de recursos informais, que constituem processos constantes de aprendizagem, mas que não podem ser assumidos como processos formais de formação”.

*(...) os colegas com quem nós falamos dos nossos problemas e das nossas experiências. Isto é verdadeiramente formativo embora não seja valorizado. Em síntese parece-me que os contextos, as equipas e as lógicas de abordar os processos de fim de vida, foram fundamentais. D11.9.*

As equipas com maturidade e abertura desenvolvem mecanismos de formação em contexto de trabalho, de modo a aproveitar as experiências para desenvolver capacidades e competências.

*Aprendi pela experiência de ter diversas oportunidades de cuidar em fim de vida e também da partilha de experiência em equipa. T6.18.*

*No momento a seguir à passagem de turno, no momento do café, em que algumas destas questões eram colocadas. E eu fazia o propósito de as levantar. Também tinha essa abordagem intencional. Não só para que as pessoas não entrassem num desgaste, para que pudessem expressar-se, mas também para eu refletir alto e explicar o porquê das decisões. D3.24.*

A reflexão sobre o cuidar, feito em equipa, ou a partilha de experiência facilita a aprendizagem. A revalorização e redescoberta do potencial formativo das situações de trabalho, como refere Canário (2003, p. 9) “propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central de cada sujeito num processo de autoconstrução como pessoa e como profissional”. A aprendizagem em contexto de trabalho, pressupõe a interação de uma pessoa ou grupo em diferentes situações. Esta interação a que Cabrito (1994) chama de experiência pode ser uma oportunidade de aprendizagem quando há um jogo de intencionalidade dos atores, não sendo suficiente que a situação possua um



potencial formativo, é preciso que a interação dos intervenientes com essa ação lhes faça sentido. Se à experiência aliarmos a formação e esta à prática, tornamos a prática fundamentada o que melhora a compreensão do cuidar.

*Para além da pesquisa que fiz, das leituras, da troca de informação da partilha com as colegas, tudo isto me ajudou. D12.28.*

*Relativamente à nossa postura profissional, o que temos que dizer, ou não dizer, desenvolvi mais nos últimos anos e depois de fazer a especialidade. A partir dessa formação pós básica comecei a olhar as coisas de outra forma. T4.15.*

Os profissionais ao longo da vida vão desenvolvendo saberes e diferentes domínios de competências, que não se esgotam na dimensão cognitiva, nem na mobilização dos conceitos para fundamentar as práticas, aprender é um conceito mais abrangente. O relatório de Delors da UNESCO (1996) refere-se a quatro componentes: aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. Morin (2001), acrescenta o aprender a compreender. Considera que há duas formas de compreensão: a compreensão intelectual ou objetiva e a compreensão humana intersubjetiva. A primeira passa pela inteligibilidade e pela explicação, mas a compreensão humana vai além da explicação, comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. “Compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade” (Morin, 2001, p. 95). Como referem estes enfermeiros foram aprendendo a desenvolver uma compreensão intersubjetiva, que lhes facilita a compreensão da experiência do moribundo.

*Quando nos identificamos muito com a pessoa moribunda, é muito constrangedor para nós, mas também facilita a relação. O outro percebe que nós o entendemos. T6.11.*

*Eu preciso de ter uma certa calma, desenvolver a tranquilidade para ajudar o Outro também a aceitar aquele processo, e assim vou aprendendo a acompanhar a pessoa até ao final da vida. T12.11.*

Para além da necessidade de compreender o outro, é indispensável aliar as duas componentes, o saber teórico e o saber experiencial.

*A parte teórica e a parte prática, tudo isto em conjunto e em simultâneo tem-me dado subsídios e suporte para prestar os melhores cuidados aos doentes em fim de vida. T7.12.*

*Acho que é importante a teoria, mas é no dia-a-dia que se vai aprendendo. T1.17.*

*Para além da pesquisa que fiz, das leituras, da troca de informação da partilha com as colegas, tudo isto me ajudou. D12.28.*

Na prática de enfermagem o conhecimento que os enfermeiros têm da situação é, muitas vezes, formado a partir da teoria, ou pelos princípios e pelas experiências anteriores. É ao longo do tempo que adquirem a experiência, e o conhecimento clínico, em que se misturam os conhecimentos práticos simples e os conhecimentos teóricos (Benner, 2001). Uma experiência particular pode servir de paradigma e os enfermeiros proficientes e peritos acumulam ao longo do seu percurso profissional casos paradigmáticos. Geralmente abordam o caso de um cliente utilizando situações concretas do passado, que norteiam as percepções e os actos do enfermeiro perito e permitem-lhe apreender rapidamente a situação. Benner (2001, p. 37) refere que “este tipo de conhecimento clínico é mais compreensivo do que qualquer outra descrição teórica, visto que a enfermeira proficiente compara situações passadas com situações presentes na sua globalidade”. A capacitação para cuidar em fim de vida é um processo que se vai construindo com o contributo de várias componentes, como referem:

*Aprende-se na prática e com a prática e com a reflexão e fundamentação dessa prática. T11.27.*

*Contribuíram vários fatores: a partilha, a auto-formação, a formação ao longo da vida, a experiência de vida e a reflexão. D8.14.*

*Em síntese, contribuíram experiência, trabalho em equipa, reflexão conjunta e reflexão individual e a autoformação. D11.12.*

Os profissionais referem os múltiplos fatores que foram contribuindo ao longo do seu percurso formativo para adquirir competências e o os tornar peritos. A este propósito Perrenoud (1999) relembra que é a capacidade de mobilizar os conhecimentos que supera o tatear reflexivo e aciona esquemas constituídos, sendo o conjunto dos esquemas constituídos que permitem práticas adaptadas a situações renovadas a que se dá-se o nome de ‘habitus’. A reflexão também depende do ‘habitus’, pois a consciencialização e o pensamento formal passam pela implementação de esquemas de pensamento, avaliação e julgamento, os quais podem ser utilizados em contextos diversos. São elementos chave dos processos formativos em contexto de trabalho, a atualização e a reconversão de conhecimentos e o desenvolvimento de competências adquiridos na formação inicial, o reconhecimento das potencialidades formativas dos contextos das práticas e a aprendizagem ao longo da vida (Madeira & Lopes, 2006). Estes fatores implicam reestruturações profissionais, reflexão sobre as práticas e mudanças sociais. As potencialidades formativas dependem dos contextos de trabalho, da forma de organização, das relações existentes, do trabalho que se realiza e das redes de comunicação, acrescentam as autoras.

Vários fatores contribuem para o enfermeiro se ir tornando perito, se no início a morte provoca atitudes de fuga, por incapacidade de lidar com a finitude do outro, é necessário criar uma estrutura que ajude o profissional a enfrentar, a acompanhar a estar presente, a ser uma luz que brilha no escuro, mas essa tarefa alquímica de mudança não é fácil, como testemunha quem a vive.

*Tive que fazer o meu percurso de aprendizagem profissional. Passar de atitudes de fuga para a aceitação, para o enfrentar, para ser capaz de estar, de assistir e isto não me foi nada fácil. T11.29.*

*Foi a minha experiência que me fez repensar muito no tipo de cuidados que eu prestava no início e que agora faço de forma diferente, porque estou mais sensível a todos estes aspetos. T10.9.*

*Eu tenho que adaptar e ir percebendo como é que eu tenho que fazer. Daí o grande desafio dos cuidados paliativos, como outra área qualquer, mas esta com uma particularidade de não termos uma intenção curativa. D3.21.*

Refletir sobre a morte pode contribuir para clarificar a perspetiva profissional, uma vez que nos remete para a supremacia do cuidar sobre o curar e nos orienta para não abandonar os doentes quando mais precisam de acompanhamento, de ser escutados, tocados e entendidos em momentos de fragilidade. A postura relatada de ir aprendendo a aprender, promove o desenvolvimento de autonomia o que torna o profissional responsável pela sua aprendizagem e adquire autoconsciência no seu processo de aprender a profissão de enfermagem (Pettengill, Nunes & Barbosa, 2003).

Nesse percurso os enfermeiros valorizam o apoio da equipa, salientando a importância que tiveram os colegas com mais saber e experiência. As equipas maduras são excelentes contextos de aprendizagem, facilitadoras da integração dos iniciados.

*A equipa que tem formação e é uma equipa que consegue gerir bem as situações (...) falar abertamente acerca desta situação [a morte] e conseguimos com as aprendizagens dos outros melhorar também as nossas. T7.13.*

*Os colegas sempre me acompanharam e sempre me ajudaram nessa fase inicial, em que estava a tentar encontrar o meu espaço, sempre me acompanharam e sempre me deram todo o apoio. T9.10.*

A equipa ajuda a corrigir os erros, as más práticas e a desenvolver a confiança e a maturidade.

*A minha postura de brincar com o corpo morto, isso acabou, talvez pelas situações que os enfermeiros mais velhos me foram alertando de que não era a postura correta. D2.12.*

O estudante e o enfermeiro novato, como refere Assad (2005) geralmente, iniciam a sua prática de cuidar aprendendo através da imitação, tendem a reproduzir modelos, e procuram esclarecer dúvidas com perguntas aos colegas mais experientes.

*Vamos tendo a experiência e o apoio dos colegas mais velhos, enfim vamos-nos aculturando na profissão e as coisas modificam-se. T12.15*

*Também aprendemos com os pares. Antes de eu cá chegar já cá estavam outros que já tinham um percurso profissional feito, ora se eu puder aprender com quem sabe mais que eu tanto melhor. T11.28.*

As equipas ajudam os seus membros a passar de iniciados a níveis de competência mais avançados. De acordo com Benner (2001) o novato, é descrito como carente de experiência, tende a aprender reproduzindo saberes. Na relação com a equipa há diferença entre o iniciado e o profissional experiente. Enquanto o primeiro tende a ajustar-se aos efeitos da formação inicial, legitimando aquilo que é aceitável no meio profissional, procurando apreender regras, normas e rotinas do serviço. Com o tempo, vai adquirindo subsídios para analisar, e segurança para questionar qualquer situação no serviço e só o grupo mais experiente é capaz de confrontar-se com outros colegas e, desse modo, favorecer a evolução de saberes e do habitus (Shön, 1998).

Uma equipa competente estende a sua interação pedagógica para além das fronteiras do grupo e está permeável a ajudar outros parceiros.

*Como professora eu fui orientar alunos num estágio e a enfermeira chefe ajudou-me muito, nem sei se ela se apercebeu, mas ela deu-me de muita atenção, e isso foi muito importante, quando eu não conseguia, ela avançava. D12.22.*

A exposição à doença terminal e à morte, se não for devidamente enquadrada num verdadeiro trabalho de equipa e numa formação profissional credível, pode conduzir à exaustão e ao burnout (Neto, Aitken & Paldron, 2004). A equipa pode ter um papel contendor, de auxiliar nas dificuldades e aliviar o stress e o sofrimento dos pares.

*Em equipa partilhamos sempre estes sentimentos, fazemos a catarse destas emoções todas, e depois vai para casa o que tiver que ir. (...) vão alguns sentimentos, mas já vão digeridos, amadurecidos, já vai a parte boa, que nos gera crescimento, isto é uma área em que a gente cresce muito, a nível pessoal a nível profissional, ficamos um bocadinho diferentes, e isso é bom. T2.33.*

*É mesmo assim, no serviço morrem uns atrás dos outros e os momentos de partilha fazem falta e também é importante para nos tornarmos sensíveis e também para continuarmos a dar o apoio à família no que ela precisa. T1.31.*

Poder contar com o apoio da equipa, ou “com um serviço de orientação e aconselhamento psicológico e fomentar grupos de reflexão nas instituições, beneficia a

saúde dos trabalhadores e contribui para a formação profissional” (Paiva, 2009, p. 85). Um dos fatores que contribui para que as pessoas cooperem entre si é a partilha de valores. Uma equipa de trabalho deve ter uma filosofia comum e princípios que orientem as ações de modo uniforme e concertado. “Isso não significa que subornar ou modelar a mente dos membros, como se todos devessem adotar pontos de vista iguais. Mas é preciso que todos estejam afinados em alguns princípios e perspetivas essenciais” (Incontri, 2011, p. 145).

Para além da experiência do cuidar e da aprendizagem com os pares e com a equipa, a formação ao longo da vida é também um fator relevante na capacitação profissional, sendo explicitada sob duas perspetivas: formação adquirida num contexto informal, ou pontual, não creditada e a formação em contexto formal, com certificação pela instituição promotora. Na primeira os participantes referiram diversas componentes que inclui a pesquisa bibliográfica, a escolha de leituras temáticas, a visualização de filmes e documentários sobre o tema, o frequentar eventos científicos (congressos, jornadas, simpósios, etc.), o ter motivação para pesquisar e o querer saber mais. A formação em contexto formal inclui a formação pós graduada em cursos de curta ou média duração.

Para muitos profissionais a curiosidade e o interesse foram os motores que levam ao desenvolvimento progressivo do saber nesta área.

*Eu tive que ir pesquisar à base. O que é esta filosofia dos cuidados paliativos. A Cicely Saunders e outros autores, fui por aí, para conseguir perceber como posso transferir esse conhecimento para a prática. D3.15.*

*Comecei a ler muitos autores que escreviam sobre o tema. Li Kübler-Ross, Marie Hennezel e outras, lia coisas muito interessantes. Eu já me interessava pelas questões da morte, era algo que me fascinava, e a questão da vida pós morte, eu já lia algumas coisas sobre isso e depois comecei-me a interessar por questões mais científicas. D6.16.*

A curiosidade que norteia a formação dos profissionais de saúde deve conduzi-los, pelo menos, por duas vertentes, a primeira do exercício da criticidade que implica passar da curiosidade ingênua à curiosidade epistemológica, através da pesquisa e da reflexão e por outro lado ao reconhecimento do valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição (Freire, 1998).

A autoformação pode ser uma necessidade do profissional, que precisa de ir atualizando e reformulando saberes.

*Tendo ido trabalhar para a área da oncologia, mesmo estando num serviço de cirurgia, fui confrontada com esta realidade. Tive que me munir de instrumentos através de formações que fiz, através de leituras e pesquisas que realizei. D3.13.*

*Quer por auto-formação, quer por formações assim que fui frequentando, fui tentando fazer o meu percurso. Sempre fui curiosa. A minha procura de informação e de experiências sempre me levou a uma busca. D10.16.*

*A inquietação é o ponto de partida, a inquietação e a curiosidade. Há qualquer coisa que me incomoda e das duas, uma, ou fazemos alguma coisa para conviver com essa inquietação, ou então fechamos os olhos a essa inquietação. Aquilo que me pareceu mais certo, para mim, foi dar resposta a essa inquietação, e através da autoformação, da heteroformação, da experiência. T9.8.*

A autoformação é uma prática que interliga tudo aquilo que nos rodeia, levando em conta as nossas vivências e os saberes junto dos outros. Tem como objetivo o desenvolvimento das capacidades de evoluir e agir num ambiente complexo e de aprender a aprender ao longo da vida, de reconstruir permanentemente conhecimentos e saberes. Implica responsabilidade e tem entre outras as seguintes funções: instrumental, para agir no meio e nos outros; diagonal, para comunicar; autorreflexão, para se compreender a si próprio (Couceiro,1995).

A aprendizagem em contexto formal, para os profissionais, é a formação teórica ou prática desenvolvida num contexto de profissionalização, salientando a necessidade a cursos específicos que os leva a refletir sobre o cuidar em fim de vida.

*Para nós que já somos profissionais é importante que as coisas nos façam sentido e sejam úteis para nossa prática. Que tragam mais-valia. A formação em saúde mental ajuda-nos muito a entender o outro. A estar atenta a sinais não-verbais. A comunicar melhor. T11.25.*

*A formação em serviço, aqueles cursos que nós vamos fazendo, mesmo curtos, ajudam muito, se vamos a este ou aquele tema é por que nos interessa. T12.19.*

*A formação é fundamental, mas para pôr em prática, se não esquecemos. Como fazer uma conferência familiar, o apoio no luto. Se tivermos a teoria e não formos ajudados a coloca-la na prática não teve interesse. T5.14.*

As formações realizadas como resposta às necessidades sentidas pelos enfermeiros ao longo da vida ganham cada vez mais relevância, visto que os analfabetos de amanhã não serão os que não aprenderam a ler e a escrever, mas os que não aprenderam a aprender por toda a vida, e aprender por toda a vida não significa apenas manter-se em estado aprendente diante de novas formas de atividade humana. “Significa igualmente continuar criativo e aprendente no que se refere aos relacionamentos interpessoais e a convivialidade humana, tanto no plano interpessoal imediato, quanto em perspetiva ampla e planetária” (Assmann & Sung (2001, p. 210).

A formação nesta área não se pode confinar aos saberes teóricos, mas interligar-se com a componente prática, elegendo para isso os estágios em serviços de referência.

*Estive em várias Unidades de Cuidados Paliativos. Fiz estágios de propósito para aprender a trabalhar in loco, as aprendizagens que nós fazemos não são só sob o ponto de vista teórico. D3.16.*

*Eu precisei de ir fazer um estágio na área dos paliativos para adquirir competências. Eu já tinha conhecimentos, faltava-me a parte prática. Então pedi um estágio no C.S. de Odivelas na equipa de continuados e de cuidados paliativos. D6.20.*

Para além da formação realizada em contextos específicos, onde podem aprender com peritos e especialistas, não é de descorar a dinâmica dos serviços onde se elaborarem planos de formação interna de acordo com as necessidades identificadas, para que se possa refletir, desenvolver conhecimento sobre o cuidar em fim de vida e integrar os iniciados na profissão nos aspetos técnicos e humanos do cuidar.

*Temos um plano de formação elaborado, onde se abordam as questões que consideramos mais importantes: O apoio no luto, a dor, o controlo de sintomas, o sofrimento, o que são cuidados paliativos, o que são conferências familiares, a comunicação com o doente, com a família, a conspiração do silêncio. T5.19.*

Estes temas foram considerados por aquela equipa como prioritários na formação em contexto de trabalho. Independentemente do modo como cada profissional foi adquirindo a sua formação profissional para melhor cuidar os clientes em fim de vida, está implícito a necessidade aprender ao longo da vida, isto é “(...) toda a atividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com o objetivo de melhorar o conhecimento, aptidões e competências, no quadro de uma perspetiva pessoal, cívica, social e /ou relacionada com o emprego” (Pacheco, 2011, p. 51).

### **Síntese dos fatores que contribuíram para aprender a cuidar em fim de vida**

Ao analisar o modo como os participantes adquiriram preparação para cuidar em fim de vida, estes salientaram a importância das aprendizagens feitas no contexto familiar e social. Contudo, nem todos tiveram essa oportunidade, pelo que no processo formativo docentes e tutores devem estar atentos às experiências prévias dos estudantes, podendo ajuda-los a aprender e a interpretar o seu passado, identificando nele competências e saberes adquiridas através da reflexão. As experiências vividas trazem consigo algo de utilizável e de positivo, sendo as vivências pessoais, familiares e sociais um substrato a partir do qual os estudantes se desenvolvem, aprendem e educam. Jordão (1997) salienta que são geralmente competências não técnicas, mas do foro pessoal e relacional que são mobilizadas para a profissão.

A aprendizagem no curso de enfermagem tanto a adquirida na componente teórica, como na prática clínica foi um fator determinante para se posicionarem perante a morte. Na componente conceitual do cuidar, defendem uma abordagem que envolva diferentes dimensões da pessoa e não apenas a dimensão fisiológica ou as intervenções centradas no tratar e no curar. As concepções de cuidar da pessoa como um ser holístico, incorporam a ciência, mas não aceitam que só ela seja capaz de explicar toda a experiência humana em relação à saúde e à doença. “A abordagem holística contrasta com a abordagem reducionista, puramente biomédica” (Souza, 1998, p. 59). As novas concepções para descrever, explicar os fenómenos de interesse para a enfermagem, constituem modos de ver a pessoa, a saúde e a doença e são o caminho para a emergência de paradigmas na profissão.

Na aprendizagem experiencial os participantes consideram necessário mobilizar a ciência do ‘Cuidar em Enfermagem’ assente numa visão holística, dinâmica e reflexiva da pessoa. Para prestar cuidados com qualidade é necessário envolver múltiplas dimensões: relacional, afetiva, bio-psico-espiritual, sócio-cultural, ética, científica e técnica, pelo que a enfermagem do terceiro milénio desenvolver-se-á cada vez mais no campo da intervenção relacional, como ciência de cuidar (Xavier, 2010).

Foram referidos vários obstáculos no processo de aprendizagem, relacionados com o processo de comunicação do estudante com o cliente, com o professor e com os demais profissionais. No domínio emocional são apontados sinais de ansiedade, medo e angústia sobretudo no início dos ensinamentos clínicos, pelo que Scherer, Scherer & Carvalho (2006) sugerem que a escola deve dar particular atenção ao significado das primeiras experiências clínicas para o estudante.

É de salientar que a falta de maturidade e de preparação dos estudantes, que se manifesta em diferentes modos de lidar com os processos de finitude, como o estabelecer a relação com a pessoa e com os familiares, gerir as emoções que o sofrimento e a morte causa, cuidar de um corpo físico que não reage, identificar-se com o moribundo particularmente quando este é jovem, ou ter de cuidar em diferentes contextos onde se circunscrevem as experiências da doença e da morte. Os entrevistados referiram dificuldade em lidar consigo e com o outro e dar as respostas a nível cognitivo, relacional e emocional que a situação exige, dada a complexidade dos fenómenos de enfermagem que se colocam na prática.



Diversos estudos referem que esta etapa da vida dos jovens estudantes do ensino superior é caracterizada por sofrerem frequentemente de períodos de desconforto, de perturbação, de confronto cognitivo e de diversas transformações. Esse mal-estar decorre da evolução da dimensão cognitiva, nomeadamente da compreensão de que a perspetiva pessoal é apenas uma dentro das muitas possíveis num universo de possibilidades, o que se reflete na dimensão emocional, podendo o questionamento de conhecimentos e de perspetivas com significado para o sujeito, ser vivido como uma perda do eu (Kegan, 1982, cit in Marchand, 2008).

Sabemos que os principais objetivos do ensino superior são, não só desenvolver conhecimentos científicos, humanos, culturais, morais e éticos, mas também preparar os estudantes para desenvolverem as capacidades de investigar; de assimilar conhecimento de diferentes naturezas; de identificar problemas; de refletir sobre a sua natureza e sobre os processos pelos quais poderão ser resolvidos; analisar modelos conceptuais que estão em constante transformação; tomar consciência de que os conhecimentos têm uma causalidade multivariada; comparar, transformar e sintetizar sistemas de relações criando novos campos de conhecimento; compreender de que modo usar o raciocínio crítico, as evidências e as opiniões para justificar os argumentos a favor da melhor ou das possíveis soluções, nomeadamente quanto a problemas deficientemente estruturados.

O processo formativo implica na perspetiva de Morais (2007) uma dinâmica que inclui a autoformação (formação na relação consigo mesmo), hétero formação (formação na relação com o outro) e eco formação (formação com o meio ambiente), sendo este processo de natureza complexa, aberta, fundada na solidariedade, no questionamento constante e nas reflexões desenvolvidas e apoiadas pelos recursos tecnológicos disponíveis em percursos que envolvem incerteza, emergência, mudança, recursividade e transformação e que requerem do profissional um maior compromisso e responsabilidade com a educação como decorrente natural da consciência transdisciplinar em processo de transformação. Neste sentido os profissionais privilegiam a autoformação, não concebida como um processo isolado, porque não se trata da ego formação difundida por uma visão individualista, mas como uma componente da formação considerada como um processo tripolar, pilotado por três polos: a auto, hétero e eco formação (Galvani, 1997). Para tal, deverão aceder a níveis mais complexos e integrados de pensamento, como salienta Marchand (2008).

Normalmente as aprendizagens feitas no ensino superior, e neste caso particular do aprender a cuidar em fim de vida, provocam mal-estar, pelo que os formadores deverão proporcionar apoio emocional. Nas palavras de Kitchener e King, (1990, p. 168, cit. in Marchand, 2008) os docentes ao aceitarem a tarefa de educar para promover o desenvolvimento, têm também que aceitar a responsabilidade de proporcionar aos estudantes um ambiente que os apoie quer intelectual, quer emocionalmente, pelo que Marchand, 2008, citando William Perry (1970) defende que compete aos professores ajudar os estudantes a ‘construir o seu carácter’ não sendo desejável assumirem a posição de que a construção das competências é um problema pessoal mais do que intelectual fora da esfera da responsabilidade docente.

Uma dificuldade sentida pelos participantes prende-se com o processo avaliativo. Se é difícil os professores avaliarem os estudantes, também é difícil os estudantes compreenderem as possibilidades e dificuldades do processo avaliativo. Os professores, realizam avaliações classificatórias, valendo-nos de provas e testes meramente constatatórios, para avaliar os blocos teóricos, aparentemente, sem grande dificuldade, mas, como referem Albertino e Sousa (2004) não há preparação suficiente para promover avaliações comprometidas com a compreensão do processo e com a superação das dificuldades, principalmente as que ocorrem nos ensinos clínicos.

Os profissionais consideram que as situações de aprender a cuidar em fim de vida foram, por vezes desinvestidas, ou mal estruturadas na formação inicial do enfermeiro, em contraposição foram particularmente intensas e bem-sucedidas quando ocorreram na formação pós graduada, ou no percurso de formação ao longo da vida. Como refere Pires (1994), estas aprendizagens contribuíram para que o enfermeiro se aperfeiçoe em diferentes domínios, tornando-se perito.

É de salientar que os percursos de formação ao longo da vida necessitam que o sujeito tenha estabilidade laboral, um ambiente acolhedor e educativo, possa refletir sobre as suas necessidades formativas e encontrar recursos para a auto aprendizagem dirigida. A manutenção destes pressupostos está de algum modo comprometida. Atualmente o exercício profissional dos enfermeiros está cada vez mais rodeado de instabilidade e incertezas, desenrolando-se num clima desmotivador onde impera a constante mobilidade dificultando a fixação a um serviço ou a uma instituição, gerando sentimentos de insatisfação e frustração que nada contribuem para a formação dos profissionais, nem dos estudantes por eles tutorados. Por outro lado verifica-se que as

mudanças sociais, científicas e tecnológicas têm aumentado a complexidade dos cuidados e geram novos desafios aos responsáveis pelas práticas dos cuidados de saúde, que não são compatíveis com um clima de instabilidade e de mudança que compromete a qualidade e o desenvolvimento de competências (Dias, 2010).

Quanto aos fatores que contribuíram para capacitar os participantes para o cuidar no fim de vida é de salientar a importância que atribuem não só aos saberes processuais, aos referenciais e modelos teóricos, mas sobretudo à estrutura curricular que privilegia a formação em alternância que se processa entre os dois espaços formativos, escola e contexto de trabalho, com duração variável e crescente. Este modelo, na opinião de Silva (1997) é indispensável na formação inicial em enfermagem por se tratar de uma profissão com orientação social, para ajudar o indivíduo e família inserido numa comunidade. Este formato pedagógico deve contribuir para o desenvolvimento do futuro enfermeiro cujo perfil “é determinado tanto pelos conhecimentos, como por aptidões e qualidades humanas, por forma a adquirirem um perfil de enfermeiro capaz de agir numa perspetiva de enfermagem, de a desenvolver, aperfeiçoar e valorizar” (Hesbeen, 2000, p. 119).

Otimizar o potencial formativo das situações de trabalho passa, também por criar dinâmicas formativas que proporcionem condições para que os formandos transformem as suas experiências em aprendizagens (Canário, 1997). A mesma opinião é partilhada por Marques (2005) ao salientar que a avaliação formativa baseada na reflexão crítica do desempenho parece ser uma das estratégias utilizadas para que as experiências vividas se transformem em situações de aprendizagem. Ao estimular a reflexão estamos a ajudar o estudante a elaborar um pensamento reflexivo que pode situar-se em três níveis de reflexividade, como refere Mezirow (1990) o primeiro é o da não reflexão, o seguinte é o nível inferior de reflexão e por fim a reflexão crítica que inclui a capacidade de identificar, avaliar e resolver problemas, perante novos processos de tomada de decisão. Pretende-se que o estudante de enfermagem atinja o terceiro nível.

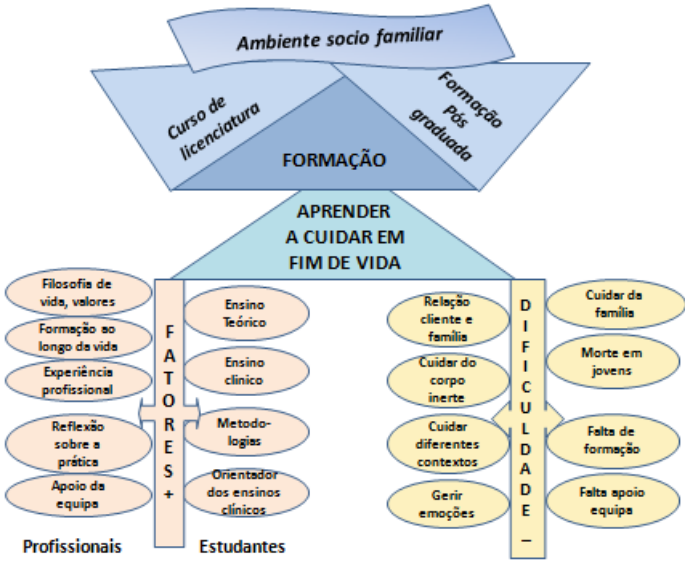
Os profissionais dão importância à filosofia de vida e a integrar a dimensão espiritual do cuidar nas relações interpessoais e intergrupais na sociedade do terceiro milénio. Na opinião de Selli e Alves (2007) foi a evolução da medicina, como ramo de comércio, o elemento mais decisivo para afastar os profissionais da saúde da dimensão da espiritualidade no cuidar. Dada a relevância da componente espiritual, a enfermagem pode integrá-la no processo de cuidar, no modo do profissional estar presente, escutar,

orientar e de compreender o efeito da fé nas vivências dos processos de saúde, doença e morte. O coping religioso-espiritual mobilizado para lidar com a angústia gerada pela morte, pode facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas, especialmente quando a solução humana é insuficiente. Silva, Siqueira, Stroppa e Almeida (2011), citando Pargament e Brandt (1998) consideram que o coping religioso-espiritual, tem cinco aspetos chave que podem ser mobilizados com sucesso pelos enfermeiros: procura de significado para a vida e para a morte, controlo, conforto espiritual, intimidade ou proximidade com a divindade e transformação da vida com desejo de alcançar o bem-estar físico, psicológico e emocional.

Neste espaço de múltiplos atores envolvidos no processo de ensino aprendizagem: cliente, estudante, docente e tutor, os dois últimos necessitam de ser peritos nas competências que pretendem ajudar a desenvolver nos estudantes. A presença do enfermeiro tutor é constante no ensino clínico, devendo este ser dotado de competências que lhe permitam o desempenho destas funções, porque é de vital importância o papel deste ator, sendo necessário repensar o seu perfil, dado que estes são cada vez mais intervenientes no processo de aprendizagem no ensino clínico (Dias, 2010).

A figura 12 sintetiza as variáveis que caracterizam o processo de aprender a cuidar em fim de vida, descritas pelos participantes.

Figura 12. Fatores envolvidos na aprendizagem do cuidar em fim de vida



### 1.3. PERSPETIVA SOBRE O PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM

*"Tentar saber algo sobre a morte é tentar saber algo sobre a vida.  
A literatura dá-nos a ver verdades que só podem  
ser usadas por nós próprios, que são as nossas convicções  
e as respostas essenciais a perguntas  
para as quais todos temos de ter uma resposta".*  
(Peixoto, José Luís, 2003)

Da análise das narrativas dos participantes emergem os aspetos que os estudantes consideram mais relevantes na sua aprendizagem para cuidar em fim de vida, bem como os que necessitam de melhorar relativamente às diferentes tipologias de ensino: o ensino teórico, o ensino prático e laboratorial e os ensinamentos clínicos. Segue-se a perspetiva dos profissionais sobre o processo de ensino e de aprendizagem dos estudantes do CLE, sobre o modo como fazem a abordagem da morte no ensino teórico e clínico: consideram diferentes perspetivas na formação do estudante para cuidar em fim de vida; referem as dificuldades percebidas nos estudantes; salientam estratégias para melhorar o processo de ensino; analisam os dois papéis, o de docente e o de tutor e salientam a influência dos contextos da prática na aprendizagem.

#### Críticas e sugestões dos estudantes relativas ao processo de ensino aprendizagem

Os estudantes referem as três modalidades de ensino mais utilizadas nos cursos de enfermagem, o teórico, o prático e laboratorial e o clínico apontando sugestões para aperfeiçoar o processo de ensino aprendizagem, no quadro 12 estão sintetizados os indicadores que emergem em cada subcategoria.

Quadro 12. Críticas e sugestões dos estudantes sobre o ensino e a aprendizagem

Categoria	Subcategoria	Indicadores	UR
1) Críticas e sugestões dos estudantes sobre o processo de ensino aprendizagem no CLE	1 a) Críticas ao ensino teórico	Apreciação da estrutura curricular teórica fixa	(E=9)
		Apreciação da estrutura curricular teórica opcional	(E=8)
		Necessidade de uma UC que prepare para o cuidar em fim de vida	(E=7)
		Deficit na preparação teórica para o cuidar a pessoa em fim de vida	(E=20)
		Deficit na preparação para cuidar da família em processo de luto	(E=7)
	1 b) Críticas ao ensino prático e laboratorial	Deficit de acompanhamento e supervisão no ensino teórico-prático e laboratorial	(E=3)
		Deficit de treino simulado	(E=14)

	1 c) Críticas ao ensino clínico	Deficit de aprendizagem no cuidar o corpo morto	(E=4)
		Aspetos deficitários dos ensinamentos clínicos	(E= 9)
		Deficit de competências desenvolvidas nos ensinamentos clínicos	(E=5)
		Deficits na supervisão clínica	(E=6)
	1 d) Sugestões para melhorar a aprendizagem	Usar metodologias interativas	(E=8)
		Melhorar a relação pedagógica	(E=9)
		Aumentar a proximidade do docente no EC	(E=7)
		Aprender a gerir emoções	(E=20)

Ao analisar o contributo do ensino teórico para a compreensão do fenómeno da morte, consideraram que o corpo de saberes de algumas disciplinas do currículo deve estar mais consolidado. Sugerem que os conteúdos de algumas UC de Opção deveriam integrar a estrutura fixa do curso. Salientam os aspetos deficitários do curso, como a parca abordagem do morrer na UC de Enfermagem e na preparação teórica para cuidar a pessoa em fim de vida, sendo escassa, ou inexistente, a preparação para cuidar da família.

Na componente teórica há unidades curriculares que dando importantes contributos para a prática clínica pecam por serem serôdias na estrutura do curso, ou não terem metodologias mais apropriadas, como o caso da “Relação de Ajuda” lecionada no 3º ano, deveria ser aprendida mais cedo, de modo a poderem mobilizá-la nos ensinamentos clínicos do adulto e do idoso no 2º ano.

*A UC Relação de ajuda é dada no 3º ano, devia ser mais cedo, faz falta no 2º ano em vez de ser no 3º ano. E16.9.*

*A UC de Relação de ajuda para mim foi muito teórica e não teve depois a componente teórico-prática para nós aplicarmos. Seria bom recriar um conjunto de situações de diversos contextos e se fizer role play dessas situações conseguíamos, com certeza treinar, nem que seja numa situação forçada, mas conseguíamos desenvolver algumas competências para depois aplicarmos na prática. E4.34.*

Os conteúdos das diferentes áreas científicas, no dizer dos estudantes, estão desarticulados, sendo complexo integrar os contributos das ciências sociais (Psicologia, Sociologia e Antropologia) com os da área da Biologia e Bioquímica (Anatomia, Fisiologia e Farmacologia) que aliadas à enfermagem constituem um leque de conhecimentos que dão suporte para compreender o doente em fim de vida nas múltiplas dimensões: fisiológica, psicológica, familiar, sociocultural e espiritual.

*Deviam ser mais normativos em alguns conhecimentos que são base e de referência, como alguns procedimentos técnicos. Também os conhecimentos de patologia e farmacologia deviam estar mais abordados e cimentados. E3.26.*

*Na psicologia e na sociologia que nós damos, fica ali aquela matéria arrumada. É difícil de transpô-la para a prática. Porque a nível da enfermagem, do ensino da enfermagem não há um acompanhamento dessa transposição. E13.59.*

No ensino superior o estudante pode progredir ao longo do curso sem obter aproveitamento em unidades curriculares que são indispensáveis para a compreensão e interpretação dos fenómenos de saúde, de doença e de morrer. Como refere Abreu (2007, p. 220) “os estudantes confrontam-se com limitações que decorrem da sua deficiente preparação para a esfera clínica, ou para enfrentar situações específicas”. Nestes casos os estudantes não cumprem com os pré requisitos básicos exigidos para a prática clínica, ou para estabelecer a relação com o cliente, podendo por falta de suporte de aquisições anteriores não desenvolver competências esperadas, ou ter uma experiência negativa.

Embora haja UC de opção que ensinam a cuidar em fim de vida, estes conteúdos deveriam integrar a estrutura fixa do curso, visto que não há no tronco comum nenhuma disciplina ou módulo que aborde esta temática de forma consistente e sistematizada.

*Algumas disciplinas sobre o cuidar em fim de vida que são opção, poderem tornar-se obrigatórias seria um grande contributo, para nos ajudar a crescer um pouco neste sentido. E4.29.*

*Vamos ser enfermeiros e as pessoas lá fora esperam que a gente tenha esses conhecimentos. Não só como simples opções, mas que saibamos mesmo estar aptos a intervir nessa área [do fim de vida]. E12.21.*

*São muito importantes os cuidados em fim de vida, porque encontramos doentes a morrer em todos os serviços. Adorei esta opção, [Quando o final de vida se aproxima] é mesmo muito importante na nossa formação. Sugeria que a esta disciplina de opção fizesse parte do curso, como UC obrigatória. E16.8.*

É cada vez mais frequente cuidar de doentes em fim de vida em serviços tradicionalmente destinados a tratar de pessoas em situações de doença aguda, sem a preparação dos profissionais para esta realidade. Este descompasso entre a teoria e a prática é analisado por Kovács (2009) ao verificar que os enfermeiros, nas suas formações, deveriam ter conteúdos sobre educação para a morte, como forma de os preparar para lidar com a finitude daqueles que estão sob os seus cuidados. Como salienta a autora deve ser objeto de análise: como oferecer essa preparação? Como estruturar o currículo do curso? As questões ligadas à morte como devem estar organizadas? Devem ser abordadas ao longo do CLE? Ou condensadas num único



semestre? Ao refletir sobre estas questões está se a enfatizar a construção da estrutura curricular na aprendizagem. “O currículo enquanto conteúdo de aprendizagem, estrutura e molda o sistema educativo, definindo quer a seleção e organização do conhecimento quer itinerários de aprendizagem em contextos de educação e formação formal, não formal e informal” (Pacheco, 2011, p. 31).

Pela análise dos relatos faria sentido as disciplinas de enfermagem conterem uma estrutura formativa que dessem subsídios para cuidar em situações de fim de vida, visto que 80% dos estudantes consideraram que a abordagem do morrer na preparação teórica para o cuidar em fim de vida é escassa.

*Penso que a morte está muito esquecida na teoria. Os conteúdos teóricos são muito insuficientes. Falamos no curso sobre a morte, em fundamentos de enfermagem. E5.9.*

*Falámos sobre a morte, sobre o luto em 3 ou 4 aulas, e pelo que me recordo, acho que foi assim o pouco que nós demos. Depois falámos sobre a morte em pediatria, portanto na criança, mas foi assim algo muito ligeiro. E13.47.*

É frequente os estudantes e profissionais de saúde referirem que não tiveram preparação para cuidar as pessoas no fim de vida. A educação para a morte na opinião de Kovács (2009, p. 57) “deve conter, entre outros, a sensibilização dos estudantes para sentimentos e reflexões sobre vários aspetos relacionados com a morte, como por exemplo a aproximação da morte, perda de pessoas da mesma faixa etária, o suicídio e a alaboração do luto”. Para esta abordagem há diversas modalidades que se podem propor para a formação de estudantes e profissionais de saúde, como cursos de pós graduação; de atualização, de especialização, workshops, vivências, supervisão e grupos focais. Os grupos multidisciplinares trazem a riqueza de múltiplos pontos de vista e de diferentes abordagens (Kovács, 2009).

*Nós estamos aqui a ser preparados para ser profissionais, que trabalham tanto na saúde como na doença, e não nos devemos esquecer que também há morte. É nesse sentido que eu acho que há uma lacuna no curso. E11.20.*

*Seria bom antes de iniciar o estágio termos esta abordagem inicial sobre estas questões do morrer, para não irmos para o estágio tão ‘crus’, ou até para a vida profissional, como no meu caso. E18.32.*

A mensagem destes relatos é corroborada pela opinião de vários autores que partilham a opinião de que os aspetos psicossociais e tanatológicos são preteridos nas escolas da área de saúde, sendo necessário fomentar a criação de disciplinas, grupos de estudos, seminários, centros de discussão acerca da tanatologia nas universidades e nos locais de trabalho, o que seria uma estratégia de imensurável valia na preparação dos

profissionais para lidar com a morte e o morrer, inclusive em termos de autoconhecimento (Silva & Ruiz, 2003).

São reconhecidas diversas lacunas formativas, como a falta de conhecimento sobre a sintomatologia e a falência dos órgãos e sistemas e sobre os aspetos que envolvem a morte o luto e as perdas.

*Há aspetos do morrer que deveríamos conhecer melhor, como se processa o momento da morte, mais a nível da sintomatologia, compreender os sinais e sintomas, como lidar, o que observar e fazer. Não estamos preparados para lidar com o corpo a perder a vida e ficamos sem saber o que fazer. Falarem-nos sobre estas alterações ajuda-nos a ficar mais preparados e a compreender o que se passa. E3.8.*

*No plano de estudos tem que aparecer mais aspetos relacionados com a morte, mas não só com a morte nos aspetos fisiológicos, mas relacionada com tudo aquilo que a morte implica, quer para quem vai morrer, quer para os familiares e amigos que vão ficar, quer para com os profissionais que cuidam destas situações e acompanham a pessoa e a família durante o processo de fim de vida. E4.28.*

A falta de preparação não se confina ao cuidar do doente, é também sentido no cuidar da família.

*O curso também nos devia dar um aporte de algumas estratégias para estar e lidar com a família, estratégias para transmitir uma certa segurança, ser capaz de transmitir a informação, saber dar más notícias, saber dar apoio. E3.9.*

*(...) senti dificuldade em prestar cuidados à família, no sentido de apoio emocional, sinto que nós também não estamos muito preparados pela escola pela nossa formação, em realmente prestar estes cuidados à família. E13.25.*

O movimento do estudante em direção à família inicia-se quando, ao relacionar-se com esta, percebe a importância da interação enfermeiro-doente-família. O vínculo que vai estabelecendo fá-lo perceber que é preciso elevá-la à condição de cliente de cuidados, saindo de uma posição passiva. O estudante ao perceber o sofrimento da família, nesse momento de crise, procura direccionar os esforços para ajudá-la, o que nem sempre consegue por múltiplas razões (Pettengill, Nunes & Barbosa, 2003).

A abordagem da morte por ser tão complexa, envolve diferentes metodologias.

*O tema da morte devia ter um espaço mais prático, por ser um tema tão complexo. E2.8.*

*(...) da mesma forma que nós temos disciplinas que nos dão uma situação de um caso e nós temos que o resolver, porque não fazer uma aula em que trazem uma situação de morte e em que os alunos falam abertamente sobre aquele assunto, expõem que experiências já tiveram, o que sentiram ou acham que vão sentir, e daí tentar trabalhar este aspeto com os alunos, de uma forma mais aberta. E14.18.*

Uma das estratégias de aprendizagem sugeridas foi a integração de metodologias mais ativas na abordagem do cuidar em fim de vida o que se enquadra na estrutura do plano de estudos deste curso, organizado com 130 horas de componente prática e laboratorial nas diferentes UC de enfermagem, desde o 1º ao 7º semestre. Esta tipologia de aulas para além de treino de competências psicomotoras, permitem simular alguns aspetos da realidade em que os estudantes assumem papéis existentes na vida real e comportam-se como tal (Gil, 1990). As modalidades da prática simulada podem ser classificadas segundo diferentes critérios, seguimos a classificação de Gil (1990, p. 82) considerando três grupos: “simulação homem-máquina, simulação homem-computador e simulação com pessoas.” Sendo a última a mais frequente no ensino de enfermagem, o autor considera quatro tipos de simulação mais habituais: a análise do processo de incidente, o estudo de caso, a demonstração e a dramatização, (também chamada de jogo de papéis, ou role playing).

Na análise sobre o ensino prático e laboratorial encontram-se algumas lacunas, sendo a mais referida, a falta de acompanhamento e supervisão dos professores nos laboratórios, não só para mostrar procedimentos, como para acompanhar e supervisionar o treino de competências nos domínios psicomotor e relacional.

*As aulas teórico práticas devem ser com professor presente; há muitas coisas que praticamos, mas não temos o feedback do professor. O que acontece normalmente nos procedimentos é que o professor ensina muito bem o procedimento, mas quando eu vou treinar não tenho o professor para me dizer se estou a fazer bem ou não, ou onde posso melhorar. E3.27.*

*Na enfermagem a comunicação de um modo geral é sempre importante. Faz-nos falta mais treino em aulas TP sobre a comunicação com estes doentes, ou familiares. E18.19.*

*Acho que as aulas com role-playing para treinar as técnicas de comunicação, se for em grupos pequenos (5 a 6 alunos) resulta bem e ajuda muito. E9.8.*

A prática simulada é uma oportunidade para treinar habilidades, desenvolver aspetos éticos, relacionais e educativos quando orientada por um professor (Farias, Brito, Torres, & Germano, 2005). Se simular práticas de procedimentos técnicos e instrumentais em laboratório ajuda o estudante a adquirir treino no domínio do saber fazer, o saber estar e relacionar-se pode ser mais difícil de desenvolver só em laboratório. O treino das competências comunicacionais na opinião de (Shliemann, 2009) pode ser feito por role-playing e posterior incursão a locais de ensino clínico, apoiado por um professor.

Apesar das limitações no treino de competências em laboratório as aprendizagens adquiridas são um suporte para enfrentar situações reais do ensino clínico.

*Nas aulas teórico práticas devíamos trabalhar os cuidados de enfermagem de acordo com os modelos que nos ensinam na teoria, para nos ajudar a interioriza-los. Só nos estágios é que se pode mobilizar estes conhecimentos da parte teórica. Mas em estágios tão curtos e interrompidos, como no 3º ano não dá! E10.31.*

*Às vezes chegamos ao estágio e é tudo no momento, não houve aquele treino, ainda que simulado das situações mais frequentes. E isso podia ajudar a irmos mais sensibilizados e mais confiantes. E20.12.*

Como referem Gomes, Farias, Brito, Torres e Germano (2005) a prática simulada é uma forma de instruir e um recurso para treino de habilidades na componente psicomotora, porque a falta de destreza para realizar procedimentos básicos aumenta a ansiedade numa situação real. O estudo de Freidlander (1994) verificou-se que os estudantes com mais experiências nas práticas simuladas diminuíram o número de erros cometidos nos ensinos clínicos, com benefícios evidentes para o cliente e para o aprendente. O ensino em contexto laboratorial e não clínico, é um momento onde “os professores devem modelar comportamentos cuidativos nas suas interações com os estudantes como experiência facilitadora da aprendizagem” (Hugles 1992, p. 63).

Porém esta aprendizagem com técnicas simuladas tem limitações, promove o encontro do estudante com um manequim inerte, que simula a pessoa que será cuidada. Relativamente a esta aprendizagem Kruse (2008, p. 349) não critica o uso de bonecos e nem defende que os estudantes deveriam treinar nos corpos dos doentes hospitalizados, mas considera que “o uso desses bonecos não é isento de defeitos e constitui uma peça importante na maquinaria que produz as enfermeiras”.

Uma das lacunas mais referida é a falta de simular o cuidar de um corpo sem vida de modo a poder posicionar-se perante um corpo morto e saber como proceder nos cuidados pós morte.

*Em termos de preparação da múmia, eu pessoalmente comecei o curso num pólo da ESEL e até hoje ninguém me disse qual é que era o procedimento de fazer uma múmia e nunca fiz, nem sei fazer. E11.7.*

*Eu gostava de ter essa experiência para saber fazer a múmia, porque é uma daquelas situações em que mesmo que nós vamos ver em livros ou na Internet, ou onde for, nunca é a mesma coisa do que na prática. E13.54.*

Nas aulas onde se usa a demonstração podem emergir várias situações, ou se pretende preparar o estudante para as situações mais frequentes da prática; ou responder a necessidades formativas; ou a novas situações, onde a simulação prévia pode trazer

vantagem. As aulas práticas em que se usa a demonstração, a prática simulada, ou outros métodos, vem colmatar, na opinião de Mestrinho (2012), a imprevisibilidade de situações que se vão encontrar na profissão, podendo também trazer situações dos contextos da prática de enfermagem para as simulações.

Relativamente aos deficits da componente ensino clínico, são referidas as características dos ensinos clínicos, a falta de preparação para cuidar em fim de vida que nem sempre é adquirida ao longo do curso e os deficits na supervisão clínica.

Quanto às características dos ensinos clínicos, predominam os de curta duração, o que na opinião dos discentes não é benéfico para consolidar os saberes. Seria mais profícuo menor número, mas mais longos e sem tantas interrupções com vindas à escola para outras atividades pedagógicas.

*Nos ensinos clínicos a teoria no meio do estágio não é facilitador, dispersa muito a nossa atenção. Os estágios deviam ser maiores. E16.23.*

*É preciso ter um tempo de permanência nos locais para entendermos as dinâmicas e depois fazermos um projeto que seja viável desenvolver naquele local e naquele estágio. Há algumas dificuldades, os estágios são muito curtos. É preferível ter menos estágios<sup>4</sup>, mas com mais tempo. E6.43.*

*Estágios mais longos permitem desenvolver mais competências em vez de serem tão proliferados e tão curtos em cada local. E9.25.*

A duração e a quantidade de ensinos clínicos que integram a licenciatura é uma questão que necessita de ser avaliada e refletida. Não há uma frequência e duração que seja ótima, no entanto não se deve exagerar na sua proliferação, nem na exiguidade. Os estudos feitos por O'Brien-Pallas e Baumann (1999, cit in Abreu, 2007) sobre os ensinos clínicos, verificaram que são necessárias, no mínimo, duas semanas num contexto clínico para que o estudante estabeleça uma relação de confiança com o tutor e adquira confiança em si próprio. Por outro lado Cabrito (1994) adverte para o perigo de longas formações em contexto de trabalho, considerando que o estudante não deve ter uma permanência prolongada na empresa, tal situação poderia reduzir a aquisição de competências, colocando-o numa situação de quase profissional. Para o autor a multiplicidade de iniciativas de formação em contexto de trabalho, em articulação com projetos integrados de trabalho forjados na escola serão provavelmente formas mais eficazes de facilitar a inserção qualificada do jovem na vida profissional.

---

<sup>4</sup> Os participantes referem-se a estágio com o mesmo significado de ensino clínico.

Independentemente da tipologia e configuração dos ensinamentos clínicos, são reconhecidos como a melhor modalidade para consolidar a aprendizagem de cuidar em fim de vida.

*Estamos no 4º ano, mas se não passarmos por estas situações de fim de vida e treinarmos o lidar com elas é como se estivéssemos no 1º ano, não houve progresso e neste processo seria benéfico o acompanhamento mais próximo do docente. E4.38.*

*Em qualquer sítio, vamos trabalhar com pessoas a morrer, temos de lidar com a morte, independentemente da nossa especialidade ou não, e acho que é isso que falta um bocadinho, porque eu acho que tudo o que eu aprendi com a morte, com o lidar com a morte, foi muito, à partida, experiência na prática. E13.61.*

A aprendizagem pela experiência é, na conceção de Orga (2004), um aspeto central na aprendizagem sob supervisão clínica dos formadores, possibilitando a articulação entre os saberes teóricos e as experiências. Vários autores procuraram responder à questão sobre o modo como se processam as aprendizagens em ensino clínico? E como é que o estudante concretiza as suas ancoragens? Independente do modelo de aprendizagem experiencial, importa que se oriente o estudante para a prática reflexiva, que fica mais rica quando envolve a participação dos dois orientadores: o docente e o enfermeiro tutor, em que cada um contribui com diferentes domínios do saber.

*Enviava os diários ao tutor e ao professor. Eram pessoas diferentes e cada uma me dava o seu aporte e isso também é muito bom. O professor dava de um jeito mais fundamentado, citava os autores, dizia que bibliografia que eu podia consultar, mais num espectro conceitual. O tutor ensinava de um jeito mais prático, como ele fez, como resultou na prática dele, muito da experiência, do fenómeno vivido. E19.30.*

Este relato de cooperação entre os parceiros na orientação clínica, contrasta com outros em que os tutores se alheiam dos aspetos ligados à reflexão sobre as práticas, remetendo essa tarefa para o docente.

*Aos tutores depende, nós também enviamos o trabalho para eles, mas uns falam connosco sobre o assunto, outros dizem que isso são assuntos para discutir com o professor. Mas os que falam connosco sobre aquela situação, a forma como foi vivida ajudam muito. E20.38.*

*Quanto ao orientador da prática este diz-nos eu não quero saber disso a discussão do diário é contigo e com o professor. Mas se o orientador se mostra disponível então entrego ao enfermeiro. Considero que também é importante receber o feedback do orientador porque na realidade foi junto dele que aconteceu aquela situação. E4.24.*

Na supervisão em ensino clínico o papel do docente e do enfermeiro devem ser de colaboração e complementares, sendo a supervisão sob o *ponto de vista pedagógico* da responsabilidade do docente nos aspetos do ensino/aprendizagem de acordo com as orientações gerais da escola e *orientação na prestação de cuidados diretos ao doente*, cabe ao enfermeiro o acompanhamento do estudante na sua ação direta sobre o utente,

de acordo com as orientações gerais do serviço (Franco, 2000). Neste sentido a aprendizagem deve situar-se numa triangulação estudante orientadores e clientes, envolto num clima de compreensão e de ajuda.

*Para além dos instrumentos de aprendizagem, acima de tudo o mais importante para mim, é a interação do professor com o aluno, o modo como ele compreende as nossas dificuldades e nos dá abertura para nos expormos. E14.34.*

Na supervisão clínica é valorizado o clima relacional que permita e facilite a expressão de dificuldades, o apoio e encorajamento. Como refere Alarcão (1996, p. 22) “todas as estratégias devem estar envoltas numa atmosfera de compreensão das dificuldades vividas pelo formando e do sentimento de caos que normalmente o assalta nos primeiros momentos de iniciação à profissão, devem estar perpassados”.

É num clima de compreensão das experiências que se deve processar a reflexão sobre a prática, o que implica acolher e resposta às vivências dos estudantes, sendo um dos aspetos mais criticado a demora na apreciação do relato, ou a falta de feedback. Consideram que a resposta do professor sobre a reflexão é uma ajuda esperada, mas que nem sempre chega.

*A realidade é nós enviarmos por e-mail o diário e muitas vezes recebemos por e-mail, ou nem recebemos. Mas eu acho que, se estamos a fazer uma coisa em que estamos a explorar o nosso sentimento e é algo marcante para nós, acho que devemos ter algum feedback. E7.17.*

*O ter o feedback do professor nos trabalhos escritos que vai fazendo é importante. Muitas vezes escrevemos o nosso diário, o professor recebe e guarda na pasta. E4.40.*

*Havia orientadores a quem enviava as reflexões, mas que não havia uma avaliação, nem nas reuniões um comentário. Parece que nós tínhamos feito aquele trabalho, foi importante para nós, mas não passava daquilo. E13.39.*

A apreciação do orientador sobre o trabalho produzido é considerada um elemento significativo para a aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes em práticas clínicas. “O feedback dado pelo orientador deve ser claro, coerente, sem ambiguidades de modo a facilitar aos estudantes a compreensão dos seus erros, lacunas e fragilidades” (Nascimento, 2006, p. 11).

Para melhorar a aprendizagem, os estudantes apontam os seguintes aspetos: usar métodos interativos para trabalhar as questões da morte, terem oportunidade de aprender a gerir as emoções que a morte e o sofrimento lhe causam, melhorar a relação pedagógica e aumentar a proximidade do docente nos ensinamentos clínicos.

Na aprendizagem sobre as questões que envolvem a morte, o morrer os lutos e as perdas não se deve mobilizar um único método pedagógico. O tema pode ser abordado mobilizando diferentes estratégias, como fóruns de discussão online, com suporte e orientação bibliográfica, ver e comentar filmes didáticos, organizar mesas redondas com partilha da experiência dos profissionais e nas práticas simuladas usar a técnica de role-playing como estratégia preparatória para as situações reais.

*Eu tenho aprendido muito em coisas que vi em filmes, há filmes muito didáticos. Mas, nunca vi trazer um filme para a aula e comentar. Poderia ser uma forma de aprender... Trabalhar as questões do fim de vida a partir de filmes. E18.36.*

*O utilizar metodologias mais ativas como role-playing seria adequado para nós preparar para as situações reais. Também o deixar bibliografia disponível sobre este tema na intranet seria adequado, nem sempre lemos tudo, mas depois quando precisamos já temos ali a orientação bibliográfica para nos ajudar a refletir nos ensinamentos clínicos. E3.13.*

O uso do material de multimídia, ou de situações simuladas acompanhadas de reflexão, discussão de filmes, teatro e outro material jornalístico que aborde a morte, são estratégias para a aprendizagem. “Neste processo de aprendizagem treina as habilidades de observação, escuta, elaboração e expressão de sentimentos e partilha com os outros. Nesta condição o estudante mobiliza os seus temores e está amparado emocionalmente pelos grupos e pelo docente” (Shliemann, 2009, p. 40).

A opinião de peritos sobre a sua experiência, o modo como aprenderam e o que valorizam na prática pode ser enriquecedor para os iniciados na tanatologia.

*(...) Penso que é muito interessante saber a opinião e qual é a perspectiva entre os mesmos pares ... como é que isso foi. O que é os fez refletir mais? O que é que os incomodou? O que aprenderam? Como resultou para eles? O que foi fácil? E11.11.*

Há várias modalidades a propor na formação de profissionais de saúde, como cursos de pós graduação, de atualização, de especialização, workshops, vivências, supervisão e grupos focais, entre outros. Cezário (2011, p. 309) acrescenta que “os grupos multidisciplinares trazem uma grande riqueza de pontos de vista e de abordagens do problema” (p. 309).

*No curso fazem mesas redondas sobre várias coisas, porque não uma mesa redonda com peritos para nos ajudar a perceber as diferentes perspectivas sobre estes temas tão complexos. Como cada cultura ou religião vê as questões da morte, do sofrimento, da degradação do corpo físico, da deterioração de todos os sentidos, das perdas. E20.56.*

A estratégia de discussão de um caso sob várias óticas profissionais pode ser útil, como refere Shliemann (2009, p. 40) “Sobre as questões da multidisciplinariedade dos



profissionais de saúde podem fazer-se debates com os estudantes e pôr em evidência os pontos de confluência e de divergência”.

O desenvolvimento de seminários com temas trabalhados pelos estudantes ajudam a entender o processo de morrer e de viver e remetem para experiências pessoais. Na opinião deste autor os temas abordados por meio de aulas expositivas, só devem acontecer pela complexidade do conceito, ou por serem assuntos que não fazem parte do quotidiano.

A preparação para cuidar no fim de vida inclui aprender a gerir as emoções com estratégias de coping adequadas, o que geralmente não acontece. O tema da morte, quer nas aulas, quer na consulta da bibliografia recomendada, é explorado na perspetiva dos clientes (doente e família), raramente na do cuidador. Esta abordagem poderia ser feita não só nas aulas de enfermagem, mas também de psicologia.

*Por exemplo na disciplina de Psicologia abordarem estratégias para o estudante ou o enfermeiro lidar com o significado da morte para ele. Porque rentabilizava-se, é uma disciplina que em vez de estarmos a dar outra vez a mesma coisa, porque não meter para lá outros conteúdos que podem ser úteis em várias áreas. E14.22.*

*(...) Para quem de um modo geral não tem experiência chega ao curso e deparar-se assim com pessoas que não estão saudáveis é algo que também mexe connosco e acho que, sem dúvida, nos devem ensinar a lidar com isso no 1º ano. E7.26.*

A necessidade de aprender a construír e a lidar com o significado da morte, ajuda a circunscrever a noção de existência a um plano temporal. Esta aquisição reflete-se nas relações pessoais e profissionais. Como referem Moreira e Lisboa (2006, p. 453) “quando o homem for capaz de retornar à sua natureza primeira, em que ele se sabia finito, talvez ele promova mudanças substanciais no seu meio, que até então ele não percebia como viável”. Tal facto ajuda a lidar com os sentimentos e emoções desencadeadas por acontecimentos ligados à morte particularmente em pessoas tão jovens, como são os estudantes de enfermagem.

*As primeiras coisas a aprender seria ajudar-nos a perceber o fenómeno do morrer para cada um de nós, cada um tem experiências e perspetivas diferentes, até porque temos estudantes de diferentes culturas e de várias idades e experiências. E18.31.*

*O curso devia ajudar os estudantes a lidar com os nossos sentimentos, para depois prender a cuidar pessoas em fim de vida, e por fim aprender a cuidar da família que acompanha o processo e vive o luto. E4.30.*

*Como é que nós nos ajudamos a nós próprios, a lidar com aquela situação mórbida? Não sabemos, na minha opinião há aqui uma falha qualquer. E11.19.*

A questão dos sentimentos e emoções ligados à morte é um tema que vem sendo investigado desde há muito, e diferentes autores consideram que as qualidades emocionais podem ser aprendidas e aperfeiçoadas. Goleman (2002, p. 63) refere cinco qualidades da inteligência emocional que os estudantes devem ser ajudados a desenvolver na sua formação: conhecer as suas próprias emoções, isto é, reconhecer um sentimento quando ele está a acontecer; gerir as emoções, lidando com as sensações de modo apropriado, o que se adquire com o auto conhecimento; motivar-nos tendo auto controlo emocional; reconhecer as emoções dos outros, desenvolvendo a empatia, o que se adquire com o auto conhecimento; orientar relacionamentos, que é a arte de gerir as nossas emoções e a dos outros. O autor salienta que as pessoas diferem nas suas capacidades emocionais em cada um destes domínios, podendo ter já desenvolvido mais um aspeto que outro.

O percurso de aprendizagem é marcado pela relação pedagógica, que os orientadores estabelecem como parceiros do processo de aprendizagem, como apoiantes e não um orientador assombrado pelo espectro da função avaliativa e penalizadora dos aspetos deficitários. Nesta perspetiva os docentes são tidos mais no papel de avaliadores e menos de orientadores.

*Há sempre esse receio da avaliação, e penso que depende muito também da relação que é criada com o orientador, com o professor que esteja connosco. Se, desde o início nós tivermos logo uma relação de compromisso de sentirmos que estamos a ser apoiados e ajudados, acho que não se verifica esse medo. E15.12.*

*O estudante só exprime de si, só fala do que sente se houver com o professor ou tutor uma relação de partilha e de confiança e há uma autora, a King, que fala nesta interação. Quando nós vemos no nosso tutor ou professor, mais que um avaliador, mas uma pessoa que é parceiro, consegue-se estabelecer uma relação. E6.17.*

A avaliação é um aspeto referido nos relatos como algo negativo, ou que pode prejudicar. A avaliação deve ser entendida como um processo que visa facilitar o desenvolvimento de saberes, de competências e de capacidades e validar ou reconhecer a melhoria progressiva do desempenho dos estudantes numa atitude positiva e construtiva, porém, como refere Barroso (2009), verifica-se que a avaliação é responsável por efeitos indesejáveis sobre os estudantes, induzindo a representações negativas de avaliação (assustadora, penalizadora e injusta) e a sentimentos de insatisfação geradores de ansiedade e stresse. É necessário ajudar os estudantes a clarificar a função avaliadora, de modo a compreenderem-na como um ato pedagógico que requer uma atitude e um saber específico, sendo a avaliação formativa assente numa

reflexão crítica sobre os diferentes momentos e fatores que intervêm naquele segmento de formação. Mas para que tal ocorra é necessário uma presença assídua e continuada do docente nos locais de aprendizagem, sendo a sua presença considerada profícua, quando comparada com outras experiências em que o docente faz visitas pontuais com o objetivo de avaliar a aprendizagem.

*Tive uma boa experiência no estágio presencial do 1º ano em que tínhamos uma professora orientadora de estágio que estava muito atenta a estas situações da morte, orientava-nos muito, estava muito próxima do que se passava com os alunos, e isso foi muito bom para nós. E5.10.*

*Talvez fosse melhor um acompanhamento do professor mais frequentemente, porque em muitos locais eles só vão lá para fazer a avaliação, e nós depois também não estamos à vontade para falar de tudo. E17.8.*

A proximidade dos docentes aos contextos onde decorrem os ensinamentos clínicos promove a mobilização de saberes e de novas competências pelo trabalho conjunto ou colaborativo com os diferentes atores, estudantes, tutores e outros docentes (Amendoeira, 2009). O docente tem a responsabilidade de ajudar os estudantes a aprender, através do desenvolvimento de competências e de saberes, numa cultura de reflexão, de autoconhecimento, de inovação, de colaboração e de análise e interpretação dos elementos da prática, bem como da avaliação do processo formativo (Alarcão & Tavares, 2007).

### **Perspetiva dos profissionais sobre o processo de ensino aprendizagem dos estudantes**

A perspetiva sobre a aprendizagem dos estudantes foi analisada pelos docentes e pelos tutores da prática clínica. Pronunciaram-se sobre a estrutura formativa do curso de licenciatura, as tipologias de ensino (teórico e clínico), o papel dos orientadores nos ensinamentos clínicos, a influência dos contextos das práticas da profissão, as dificuldades percebidas nos estudantes e as estratégias para melhorar o processo de ensino aprendizagem, como sintetiza o quadro 13.

Quadro 13. Contributo dos profissionais para a aprendizagem do estudante

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>UR</b>
1) Apreciação da estrutura formativa do	1 a) Componente teórica	Carga horária para abordar as questões da morte é exígua	(D=3)
		Falta de uma UC específica que aborde a morte	(D=8)

curso de licenciatura	1 b) Componente clínica	Deficit de experiências em ensino clínico	(D=3)
		Deficit de apoio dos docentes	(D=6)
	1 c) Preparação para cuidar em fim de vida	Insipiente preparação dos estudantes	(D=12)
		Formação orientada para o cuidar em fim de vida	(D=3)
	1 d) Cuidar no fim de vida é uma exigência social	Formação deve responder às emergências sociais	(T=6)
		Formação deve desmistificar o tabu sobre o morrer	(T=3)
	1 e) Organização curricular dos conteúdos	Abordagem da morte deve ser feita ao longo do ciclo vital	(T=6)
		Preparação para cuidar em fim de vida deve ser gradual	(T=3)
		Preparação teórica deve preceder o ensino clínico	(T=7)
		Conhecimentos devem ser mobilizados para as práticas	(T=4)
2) Ensinar a cuidar para o fim de vida	2 a) O ensino teórico	Abordar a relação com o outro	(D=5)
		Desmistificar o fenómeno da morte	(D=3)
		Clarificar os valores da profissão	(D=6)
		Refletir sobre a filosofia dos cuidados à pessoa em fim de vida	(D=11)
		Explicitar os diferentes processos de morrer	(D=5)
		Orientar para a pesquisa	(D=3)
		Rentabilizar a UC de ASE	(D=5)
		Lecionar uma UC de opção onde aborda o tema	(D=7)
	2 b) O ensino clínico	Ajudar a gerir as emoções	(D=6) (T=4)
		Acompanhar o estudante nas dificuldades da prática	(D=12)
		Ajudar a refletir sobre os conceitos e as práticas	(D=12)
		Orientar para a aquisição de competências	(D=8)
		Orientação tutorial personalizada	(D=13)
		Assumir o papel de modelo	(T=3)
		Ensinar a cuidar para a morte	(T=5)
		Orientar a aprendizagem do estudante	(T=5)
3) Papel dos orientadores no ensino clínico	3 a) Docente da Escola	Limitações do papel do docente no EC.	(D=6)
		Protagonismo do papel do tutor nos EC.	(D=8)
	3 b) Tutores da prática	Requisito para ser tutor	(D=6)
		Manter a continuidade na tutoria	(D=4)
		Focos de orientação do tutor: no estudante, no conhecimento, nos cuidados.	(T=17)
	3 c) Complementaridade dos dois parceiros na formação	Articulação dos dois parceiros no processo formativo	(D=5) (T=10)
		Dificuldades emergentes da parceria docência-tutoria	(D=1) (T=3)
4) Influência do contexto onde decorre o EC na aprendizagem	4 a) Contextos de boas práticas	Contextos facilitadores da aprendizagem e da reflexão	(T=7)
		Contextos onde se aprende a valorizar a família	(T=9)
	4 b) Contextos de práticas deficitárias	Contextos de deficit no trabalho em equipa	(T=5)
		Contextos que não valorizam, nem envolvem a família	(T=10)
		Contextos desajustados às necessidades dos clientes	(T=4)
5) Perceção das dificuldades dos estudantes, pelos profissionais	5 a) Falta de aprendizagens sociais e familiares para lidar com a	Primeiro contacto com o morrer é no curso	(D=7) (T=6)
		Ideia da morte é estruturada pela comunicação social	(D=4)

	morte		
	5b) Dificuldade em compreender a filosofia dos cuidados		(T=12)
	5c) Dificuldades intrínsecas ao estudante	Dificuldades pela etapa de desenvolvimento do estudante	(T=9)
		Dificuldade em pedir ajuda e expressar os sentimentos	(D=7)
		Identificação com o moribundo	(D=2)
	5 d) Dificuldades em prestar cuidados	Dificuldade em cuidar do doente	(D=9) (T=21)
		Dificuldade em cuidar da família	(T=3)
	5 e) Dificuldade em relacionar-se	Dificuldade em dialogar com o cliente	(D=4)
		Deficit na capacidade relacional	(D=6)
6) Sugestões para melhorar o processo de ensino aprendizagem	6 a) Abordagem do tema ao longo do curso	Aprendizagens a fazer nos diferentes anos escolares	(D=27)
		Aprender a incluir a família no processo de cuidar	(D=7)
		Integrar os contributos das diferentes UC	(D=7)
		Compreender diferentes perspetivas da morte	(D=7)
	6 b) Estratégias do ensino teórico		(D=7) (T=6)
	6 c) Estratégias do ensino prático e laboratorial		(D=3) (T=9)
	6 d) Estratégias do ensino clínico	Ter experiências significativas em diferentes contextos	(T=4)
		Partilha de experiências	T=10
	6 e) Usar metodologias facilitadoras do processo de ensino aprendizagem	Reflexão sobre a prática	(D=12) (T=6)
		Diário/jornal de aprendizagem	(D=11) (T=11)
		Projeto de aprendizagem individual	(D=6) (T=2)

Os dois grupos profissionais perspetivam a formação do estudante de modos diferentes. Os docentes salientam as diferentes componentes do curso: a teórica, a prática e o resultado do processo. Os tutores consideram que o formar para cuidar no fim de vida surge como uma resposta às necessidades da sociedade dadas as suas transformações sociodemográficas e epidemiológicas e apontam sugestões para melhorar a organização do curso em função dos novos paradigmas da saúde.

Ao analisarem a componente teórica do curso, os docentes consideram que não só a carga horária para abordar as questões da morte nas disciplinas de enfermagem é exígua, como algumas disciplinas que poderiam dar suporte a outras dimensões do cuidar em fim de vida, também não conferem uma preparação adequada. Por outro lado, ponderam a possibilidade de uma UC do tronco comum do curso que abordasse o tema

fosse vantajoso, embora reconheçam que as UC de opção são uma mais-valia para os estudantes que fazem as escolhas em função dos seus interesses ou necessidades.

Esta lacuna formativa não é exclusiva do plano de estudos desta escola. Vários estudos a nível nacional e internacional apontam para o deficit na formação inicial dos futuros enfermeiros, em termos de cuidados paliativos. O que é validado pelos docentes.

*Ao longo dos anos, acho que temos dado pouca atenção a este aspeto. Cada vez mais, há menos horas para dar atenção a esta área do cuidar para o fim de vida.* D5.6.

*Esta temática [da morte] é extremamente importante, mas durante o curso há poucos momentos em que se aborda estas questões do fim de vida. Eu estou na equipa de fundamentos e no 1º ano do Curso e temos 2 horas para falar das questões da morte e do fim de vida, na parte teórica.* D6.21.

Este deficit não é novo, mas é recorrente. Em Portugal foram analisados por Sapeta em 2003 os currículos do curso de licenciatura de 33 escolas tendo-se verificado a heterogeneidade da formação e a escassez de horas para abordar este tema, situando-se a moda entre 2 a 4 horas, ocorrendo geralmente no 2º ano do curso. As sugestões dos docentes apontam para a inserção de uma unidade curricular, ou módulo, no tronco comum do plano de estudo que congregasse esta temática, de modo a dar subsídios aos estudantes, para poderem ter uma prática mais fundamentada, exporem as dificuldades e identificarem estratégias adequadas para lidar com as situações.

*Eu acho que numa parte teórica devia haver um módulo que se debruçasse sobre a preparação do estudante a ajudar pessoas em fim de vida e para a morte, e não há. O que faz muita falta, porque depois quando se chega ao hospital também não há ninguém que cuide de quem cuida.* D5.18.

*O papel dos cuidados paliativos poderia ser objeto de uma unidade curricular, ou pelo menos, de um bloco bastante bem diferenciado e comum a todos os estudantes.* D11.53.

*Não percebo como é que o plano de estudos não é sustentado também por áreas de incidência, ou seja, o plano oncológico nacional que me diz que a formação na área de oncologia é fundamental, não só ao nível da especialidade, mas também da licenciatura, como é que isso não é expresso nas aprendizagens dos estudantes?* D3.54.

Estima-se que cerca de 80 % dos doentes com cancro, que virão a falecer, podem necessitar de cuidados paliativos diferenciados. Cardoso, Bernardo, Carvalho, Fradique, Gonçalves, et al (2008) consideram que cerca de 18.000 doentes com cancro podem necessitar, anualmente, de Cuidados Paliativos em Portugal. Independentemente do tipo de morbimortalidades verifica-se a tendência da morte em deixar o domicílio e instalar-se no hospital. Morrer, deixou de ser um ato íntimo, sereno e familiar. Em Portugal, a partir da década de 90, a morte consolidou-se nas organizações de saúde, com um crescimento superior a 200%, enquanto na década de 1970, menos de 20% das mortes

ocorriam no hospital (Frias, 2008). Por outro lado as principais causas de morte em idosos estão ligadas a doenças crônicas e degenerativas. Face a estes cenários é desejável preparar os futuros profissionais para ajudarem as pessoas a encontrar respostas de saúde adequadas à evolução do seu percurso de final de vida. É reconhecido que a preparação dos estudantes do CLE, nesta área do cuidar, não está de acordo com as necessidades de cuidados que a sociedade precisa. Os docentes salientam que pouco se ensina sobre a morte e o morrer.

*Pouco se ensina acerca do morrer e como a própria morte entristece as pessoas. Tem havido um descuido, mas acho que devemos agarrar esse descuido, dar-lhe ênfase e integra-lo no ensino, na experiência e no percurso de vida das pessoas, e não fazer da morte um 'bicho papão'. D8.38.*

A morte tem sido vista como um 'bicho papão', um 'tabu' que necessita de ser escondido sendo frequente a exclusão da morte e dos moribundos da vida social, ocultando-a dos olhares alheios, o que gera um desconforto peculiar sentido pelos vivos na presença dos moribundos. Muitas vezes não sabem o que dizer. “A gama de palavras disponíveis para uso nessas ocasiões é relativamente exígua. O embaraço bloqueia as palavras. Para os moribundos e para os cuidadores, essa pode ser uma experiência amarga, porque ainda vivos, já estão a ser abandonados” (Elias, 2001, p. 31). Mas, para além de não saber o que dizer há o não saber o que fazer. Cuidar em fim de vida requer mobilizar saberes de diferentes domínios científicos, como refere este docente.

*O nosso plano de estudos falha na dimensão físico-pato-anatómico e farmacológico. Saímos de uma lógica supostamente biomédica para uma lógica diametralmente oposta. O atual plano de estudos não privilegia competências do domínio da fisiologia, da farmacologia e isto são questões importantes no final de vida. D11.50.*

A formação deve incluir suporte que possa ajudar os futuros profissionais a saber cuidar destes doentes. Os déficits formativos não se situam só na componente curricular, os docentes consideram que nos ensinamentos clínicos também há lacunas, sendo uma delas as características dos locais escolhidos para realizar as aprendizagens, que não proporcionam ao estudante a oportunidade de cuidar em fim de vida e outra a escassez de tempo que o professor pode, em média, dedicar a cada estudante.

*Na prática eu acho que neste momento [o ensino clínico] não está a capacitar para isso (...) Vai depender muito dos locais de estágio onde eu tenho os alunos. D3.28.*

*Há estudantes em fim de curso que nunca estiveram num serviço de medicina. Faz falta na formação passar por serviços com aquela dinâmica, acho isto muito redutor, porque os serviços de medicina, na minha ótica são uma grande escola. D10.23.*

É desejável que os estudantes durante o seu percurso formativo tenham experiências em serviços onde se prestem cuidados em fim de vida o que nem sempre é possível, tendo em conta a sobrecarga formativa a que alguns serviços estão sujeitos.

*Com hora e meia por semana por estudante em cada estágio não consigo trabalhar estas questões de cuidados paliativos, de fim de vida, de morte, de luto, isto exige muita disponibilidade do docente. D3.40.*

*Como docente tenho dúvidas em relação ao nosso apoio pedagógico. Em relação ao grande número de estudantes que nós temos, não nos permite ter este acompanhamento tão próximo. Há processos de aprendizagem que não estão a ser conseguidos da melhor forma. D12.45.*

Nos relatos emerge uma questão: como estabelecem os docentes uma relação pedagógica de modo a ajudar os estudantes a desenvolver-se no seu percurso formativo? A relação pedagógica pode ser interpretada de forma ampla ou restrita. Na primeira perspetiva esta ocorre sempre que se “estabelece uma relação entre pelo menos duas pessoas, em que uma delas, procura transmitir ao outro determinados conteúdos culturais, desde os mais necessários à sobrevivência a outros que podem ser da fruição gratuita” (Amado, 2005, p. 11). A relação pedagógica em sentido mais restrito, e a que interessa neste contexto formativo, consiste no “contacto interpessoal que se estabelece, num espaço e num tempo delimitados, no decurso do ato pedagógico, portanto, num processo de ensino-aprendizagem, entre professor, aluno/turma” (Estrela, 2002, p. 36). Mas esta relação não é isenta de limitações ou obstáculos, porque não basta existirem situações com potencial para aprendizagem, é preciso ter disponibilidade e saber extrair delas os saberes.

*Há alunos que chegam ao 4º ano e não tiveram contacto com estas situações. Outros tiveram contacto, mas a situação não foi bem orientada, ou percebida, pelos responsáveis do estágio. D3.57.*

Face a constrangimentos quer no ensino teórico quer clínico, alguns docentes concluem que no final do CLE a preparação dos estudantes é insuficiente nesta área.

*No estudo que eu fiz para o meu concurso para professora coordenadora conclui que os estudantes não se sentem preparados para cuidar pessoas em fim de vida. D1.16.*

*A sensação que eu tenho é que os alunos não têm qualquer preparo nem do essencial. O que é isto das representações da doença crónica, o impacto na vida de uma pessoa, os diferentes estádios, quanto mais capacidade para cuidarem de alguém. D3.27.*

Os docentes apontam vários deficits formativos quer de aspetos genéricos quer específicos, como a comunicação, o apoio à família e o proporcionar bem-estar e conforto ao cliente, através da identificação e do controlo dos sintomas. Não existe uma



panaceia para que o doente possa ‘morrer feliz’, porém existe uma priorização para a promoção do bem-estar, através de cuidados que contribuam para uma morte digna, que pode se traduzir em morrer aliviado da dor, e manter o corpo cuidado e limpo, neutralizar odores desagradáveis, aspirar secreções brônquicas, controlar edemas periféricos e pulmonar, prevenir ou cuidar das escaras (Simonetti, 2004). O que nem sempre está a ser conseguido do melhor modo pelos estudantes.

*Os quatro pilares dos cuidados paliativos andam em torno da comunicação, apoio à família, do trabalho em equipa e um deles é o controlo de sintomas. Ora o controlo de sintomas implica do ponto de vista das competências, competências importantes da anatomia, da fisiologia, da fisiologia, da farmacologia, que são competências importantíssimas que nos estudantes estão a ser negligenciados. D11.51.*

*Os enfermeiros da prática consideram que os estudantes cada vez vão para estágio menos preparados. Os conhecimentos teóricos são de uma superficialidade.... D10.25.*

O deficit na formação para o cuidar em fim de vida não é exclusivo destes estudantes, em diferentes estudos é considerada deficitária. As pesquisas de Birkholz, Clements, Cox e Gaume (2004) sobre as necessidades formativas dos estudantes, verificaram que estes não estão capacitados para dar resposta às necessidades físicas, emocionais e espirituais dos utentes e famílias. Magalhães (2009) referindo as conclusões de Degner et al (1991) e de Hurting e Stewin (1991) aponta as seguintes limitações na formação inicial de enfermeiros: deficit de acompanhamento de doentes em fim de vida; pouca orientação para ajudar o estudante a identificar as suas reações; deficit de formação no controlo de sintomas; falta de treino nas competências comunicacionais; falta de orientação para nortear as atitudes relativamente ao lidar com a morte, o que não difere das opiniões expressas pelos participantes neste estudo.

As variáveis que interferem no percurso de aprendizagem são múltiplas, se há défices na preparação teórica, no tipo de experiências vividas em ensino clínico e escassez no acompanhamento docente, há outras variáveis facilitadoras, como a formação específica de recursos humanos nesta área.

*Hoje acho que se preparam melhor os alunos para as questões ligadas ao processo de morrer que está integrado nas diferentes unidades curriculares. Existem pessoas muito preparadas nessa área, com mestrados e doutoramentos a lecionar e a sensibilizar os estudantes para estes temas, para além de haver as opções nessa área específica do cuidar, para os estudantes que querem aprofundar o tema. D8.8.*

A formação dos profissionais de saúde, de um modo geral, tem-se mostrado inadequada ou insuficiente para lidar com este processo, no entanto há cada vez mais profissionais a adquirirem formação específica nesta área e capazes de apoiar os estudantes. Sendo

desejável que nos serviços e nas equipas haja profissionais com uma formação pós graduada direcionada para os cuidados paliativos, que orientem os clientes para o tratamento articulado sincrónico e sirvam de modelos de boas práticas aos estudantes.

Os enfermeiros veem a formação para cuidar de pessoas com doença avançada progressiva, como uma exigência da sociedade, tendo em conta as alterações sociodemográficas, o perfil epidemiológico do país e a necessidade de desmistificar a morte como tabu social.

*A filosofia dos CLE alteraram-se como toda a da sociedade se alterou. Mais tarde ou mais cedo, temos que dar respostas às necessidades sociais emergentes e o curso de enfermagem vai se estruturando em função das tendências da sociedade. T11.36.*

*A morte acaba por vir sempre um bocadinho atrelada à doença oncológica, apesar de não ser exclusiva destes doentes, obviamente. Mas, penso que é um passo positivo no sentido de dotar os estudantes de melhores competências nesta área do cuidar, em que cada vez há mais morbilidade. T9.41.*

Em Portugal, tal como na Europa morre-se cada vez mais tarde e a forma de morrer também se modificou, devido ao aumento da esperança de vida e a expressão epidemiológica das taxas de morbimortalidade por doenças crónicas e degenerativas, que têm um padrão de evolução, com recorrências frequentes ao hospital, quando das fases de agravamento, exacerbação dos sintomas, ou descontrolo da doença, alternando com longos períodos no domicílio ou em instituições. Nesta fase de alternância entre os internamentos, o cliente nem sempre é avaliado de forma correta nem reconhecida a necessidade de suporte de terapia articulada sincrónica.

Culturalmente prevalece a tendência para tratar as doenças como se fossem agudas, orientadas para o cuidado imediato e para a cura, o que leva alguns doentes a aceitarem o ‘encarniçamento terapêutico’ desnecessário por fazerem fé na eficácia curativa, ou por falta de esclarecimento, ou de uma comunicação eficaz (Clark & Seymour, 1999). Face a estes pressupostos os futuros profissionais de saúde têm de ser preparados para responder aos desafios que se colocam com as alterações socio demográficos e os padrões de morbimortalidade.

A morte continua a ser tabu para a maioria das pessoas, nas profissões da saúde, está quase sempre presente no quotidiano das instituições e há que diminuir a relutância em abordar esta fase da vida, para poder responder à expressão dos indicadores de saúde e de mortalidade.

*Acho que nos conteúdos teóricos da Escola se deve desmistificar esta perspectiva. O aluno deve aprender que cuidar para a morte também é um sucesso, se a morte têm uma boa resolução. Porque o insucesso é a pessoa morrer com sofrimento. T4.31.*

*Como orientador tento contrariar essa visão da morte e tento começar a desmistificar e integrar a morte como parte do ciclo de vida, com a naturalidade que está subjacente à morte, porque é uma coisa natural. T9.18.*

*Vemos moribundos em todos os tipos de hospitais e na comunidade. Isto tem a ver com a incidência das doenças e com a realidade do país. Se as aprendizagens para o cuidar devem ter em conta a realidade, como é que o plano de estudos não traduz esta realidade? E não dá resposta a esta necessidade da sociedade? D3.56.*

A enfermagem é a profissão que mais cuida destes doentes, partilha o sofrimento, o luto e o morrer, pelo que necessita de estar preparada para os compreender e cuidar na globalidade, como refere Santos (1996, p. 357) os profissionais de saúde devem ter em atenção “a situação biológica da pessoa e considerar o seu enquadramento afetivo, familiar e social, e os seus valores culturais, espirituais e religiosos, de modo a proporcionar que os momentos finais de vida sejam vividos com a qualidade possível”. Este pensamento apela à necessidade dos enfermeiros possuírem uma preparação especial, não apenas de natureza técnico-científica, uma vez que necessitam de mobilizar saberes éticos e auto conhecimento de si, para serem capazes de lidar saudavelmente com os problemas relacionados com a última fase da vida das pessoas, promover a dignidade e a autonomia possível, com o reconhecimento da importância do ambiente envolvente e do controlo dos sintomas que afetam o bem-estar possível. A morte suscita nos moribundos e nos cuidadores diferentes sentimentos, consoante a idade, a forma como se apresenta, podendo a aprendizagem seguir a orientação do ciclo de vida.

*Em termos de ciclo vital a morte é encarada de formas diferentes. Quer para quem morre, quer para quem passa pelo processo de morrer e de luto (...) Os conteúdos têm que passar obrigatoriamente por esta abordagem. A morte de uma criança é diferente da de um idoso, e os estudantes devem ter a noção de como este processo é vivido ao longo do ciclo vital. T4.21.*

Diversos pesquisadores têm investigado sobre o que pensam e sentem os cuidadores face ao processo de morrer ao longo da vida. Citando como exemplo, Vianna e Crossety (2004), verificaram que a morte foi sentida como geradora de sentimentos de ambivalência no cuidador. Sendo, geralmente aceite nos idosos; por vezes entendida como desejável, quando vem aliviar o sofrimento intenso do moribundo; outras vezes geradora de sofrimento, principalmente quando ocorre em jovens. Independentemente dos diferentes sentires, importa reconhecer a morte como fazendo parte da existência e

não como uma inimiga a combater, de modo a criar a possibilidade de cuidar de forma humanizada da pessoa que se encontra no fim daquela jornada.

A preparação para cuidar em fim de vida deve ser gradativa e temporal, como referem os profissionais e os teóricos da pedagogia (Benner, 2001).

*Este ensino deve ser gradual ao longo do curso, porque, nós, na verdade não somos formados só para a vida, e também há um aspeto importante que é a morte. E, portanto, ir desenvolvendo este aspeto ao longo dos quatro anos. T8.27.*

*A construção da morte não deve ser só no 4º ano, deve vir desde o primeiro ano. Começar por trabalhar o tema em fundamentos. T3.27.*

A formação ao longo do curso, como refere Novoa (1988, p. 129) “tem um cariz essencialmente estratégico, preocupando-se em desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizarem em situações concretas os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação”. O desenvolvimento mais ou menos rápido das competências deve-se à capacidade de interiorização e de reflexão, aliado às características individuais do sujeito e aos contextos de trabalho (Benner, 2001).

A incursão aos contextos da prática proporciona momentos de observação e intervenção com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências, mas para tal é necessário, na opinião dos tutores, que o estudante tenha adquirido previamente saberes concetuais.

*O tipo de ensino que os estudantes têm é muito teórico, o que é importante, mas em termos práticos de aplicação prática é muito reduzida. T10.21.*

*Os estudantes chegam muito ‘crus’ em termos de tudo, de competências técnicas, mas isso nós percebemos que vão desenvolvendo progressivamente. T3.31.*

Ter adquirido muita informação, só por si, não é suficiente para haver aprendizagem. Josso (2008, p. 123) considera que “só há formação quando há experiência, e ter experiência implica uma dimensão afetiva, e uma reflexão sobre o que foi vivido”. Neste sentido seria desejável, antes de iniciarem os ensinamentos clínicos, a preparação teórica contribuir para estarem despertos para a morte, e por outro lado, os ensinamentos clínicos também proporcionarem experiências que possibilitem uma aprendizagem e a integração dos conceitos teóricos nas dimensões do cuidar.

*Se deparam com a morte sem lhe ser feita uma preparação teórica, se calhar, vai ser muito mais penoso para eles. É sempre melhor começar a falar cedo na morte, antes do contacto com a prática. T2.37.*

*Nunca se sabe quando é que num determinado contexto de estágio, quando é que contactam, ou não com a morte, mas devem ter preparação e suporte para entender a situação.* T9.48.

É suposto que o ensino clínico contribua para mobilizar, integrar e desenvolver conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em diferentes contextos. Esta componente de formação contribui de forma muito significativa, na opinião de Alarcão e Rua (2005) para o desenvolvimento da competência profissional, pois favorece o contacto com a prática bem como a mobilização integrada e contextualizada de diferentes saberes que devem ser selecionados em função da sua pertinência numa caminhada para a identidade profissional.

Os profissionais referem os seus contributos para a aprendizagem do estudante nesta área, mas sob perspetivas diferentes. Os enfermeiros referem-se aos papéis que desempenham nos ensinamentos clínicos, enquanto os docentes se pronunciam sobre os ensinamentos clínicos, mas destacam os do ensino teórico em que podem ajudar os estudantes a desmistificar o fenómeno da morte, ensinar a estabelecer a relação com o outro, centrar o cuidar nos valores éticos da profissão e na reflexão sobre a filosofia subjacente aos cuidados em fim de vida que inclui uma abordagem holística sustentada em referenciais teóricos. Defendem que se deve fornecer suporte bibliográfico para facilitar a aprendizagem nas horas de trabalho autónomo. Consideram que a construção da UC de Análise de Situações de Enfermagem (ASE) é agregadora dos saberes. Por fim salientam a importância do leque de opções que permite ao estudante completar a sua formação em áreas científicas ou artísticas do seu interesse.

Reconhecendo que aprendemos socialmente a negar a morte e a acreditar que ela não tem significado, a não ser a aniquilação e a perda, pelo que a preparação teórica deve começar por ajudar a desmistificar o fenómeno da morte.

*Acho que devíamos desmistificar as questões que envolvem a morte, ainda em contexto de aula, isto é teoricamente, antes de ir para estágio. Desmistificar o percurso da vida que tem um começo e tem um fim.* D1.18.

*Que o professor o ajude a aceitar a morte de forma natural, como aceitam a etapa do nascimento e compreendam que nós profissionais de saúde não somos donos da vida.* D9.17.

Vivemos arredados da presença da morte, tal é o medo que esta nos causa, sendo esse pavor que nos leva a ignorar ou a negá-la, tendo como consequência o isolamento dos moribundos. Apesar de ela estar presente no quotidiano dos hospitais, há um silêncio

sobre o assunto que acaba por causar grande solidão, não só no doente, que se encontra sozinho perante a sua finitude, mas também a toda a equipe de saúde, que se retrai diante dos próprios medos (Esslinger, 2004). É necessário mudar o comportamento em relação à morte, sendo desejável que se comece desde cedo desmistificá-la de modo que os futuros profissionais aprendam a lidar com ela e a aproveitar as oportunidades que a formação teórica e clínica lhes oferecem. Sendo essencial desenvolver habilidades na comunicação digital e analógica.

*É sobretudo nas aulas de comunicação que abordo o silêncio. A importância do silêncio. Cuidei de algumas pessoas em fim de vida e aquele silêncio é assustador, e demora uma eternidade. D2.26.*

*Portanto a parte relacional tem que ser muito bem trabalhada com o estudante seja em contexto de conhecimento teórico, seja em contexto prático. D6.36.*

*Pelo nosso olhar a pessoa percebe que nós estamos a compreender o seu sofrimento. D2.24.*

A comunicação é uma das componentes mais valorizada no cuidado de enfermagem que permite uma melhor assistência ao doente e à sua família que estão a viver muitas emoções e stress decorrentes do processos de re-hospitalização, de longos períodos de internamento, ou da fase final de vida (Oriá, Moraes & Victor, 2004). Neste contexto, Sá (2001) destaca a importância de desenvolver o cuidado emocional como a capacidade de perceber o impercetível, exigindo grande sensibilidade para as manifestações verbais e não-verbais do cliente que possam indicar ao enfermeiro as necessidades, ou os desejos da pessoa. Mas não basta aprender a comunicar, é imperativo aprender a cuidar centrado nos valores da profissão desenvolvendo o respeito pelo doente e pela família.

*Com a minha experiência tento transmitir-lhes que há certos comportamentos de respeito pela pessoa em fim de vida e com a família que também está em sofrimento. E muitas vezes basta estarmos presentes. D2.23.*

*Independentemente dos modelos usados eu acho que este respeito pela espiritualidade de cada utente é fundamental. Há que ajudar os estudantes a entender esta necessidade de espiritualidade como há necessidade de entender as necessidades de comer e beber que normalmente estão alteradas nesta fase da vida. D9.25.*

Ajudar o estudante a estruturar um quadro de referência centrados nos valores defendidos pela profissão, pode ser um desafio nem sempre bem conseguido.

*Existem vários perfis de estudantes, há aqueles que não têm valores muito desenvolvidos, por algum motivo ou contexto e nós ajudamos a desenvolverem-se. Mas há aqueles que não têm, nem são capaz de os desenvolver, e são esses que eu tenho receio em termos de futuros profissionais. D8.36.*

*A nível de atitudes os estudantes fazem coisas que para nós, nunca nos passariam pela cabeça. Nós temos que ter algum rigor e passar alguns valores. D10.26.*

As narrativas referem a dificuldade de alguns estudantes estruturarem o cuidar tendo em conta a dimensão ética. De acordo com a perspectiva construtivista, o indivíduo está sempre a inventar ou a construir, de novo, respostas a cada situação encontrada. Apesar de cada resposta ser uma criação do momento, a sua forma é delimitada ou determinada pelo nível de desenvolvimento atual da pessoa. Colby e Kohlberg (1987) consideram que o atual estágio de desenvolvimento moral do indivíduo emergiu da sua história, do seu desenvolvimento, e cada novo estágio de desenvolvimento moral representa uma reorganização qualitativa dos padrões de pensamento. Nesta perspectiva os formadores podem ajudar os formandos a desenvolver e a estruturar novas formas de (re)pensar o cuidar ético e de detetar fatores que, numa sociedade, esvaziam a atividade profissional tornando-a alienada. Mais do que transmitir normas de um código, é função dos professores fomentar uma reflexão crítica, questionadora, que tenha por finalidade salvar o humano (Barchifontaine & Pessini, 1991).

Para além de ajudar a refletir sobre as questões éticas e relacionais da profissão, importa que o estudante compreenda a filosofia que está subjacente ao cuidar para a morte, diferente do cuidar para ter saúde.

*Tem que se ir à raiz das coisas e ter a noção de qual é a filosofia daquele tipo de cuidados. O que rege isto? O que está subjacente? Quais os valores? O da vida ou do bem-estar? É fundamental definir isto. D3.48.*

Esta docente refere a mensagem que transmite aos discentes sobre a autenticidade do cuidar em fim de vida.

*(...) se não gostarem do que fazem, não sentirem o que estão a fazer, o sentido das coisas. Não tem o mesmo efeito, porque o conhecimento técnico e científico, sem alma, não tem grande valia. Não vos marca, é desprovido de sentido. É desprovido de alma e vocês têm que construir isso dentro de vós. D10.18.*

É necessário começar por compreender a filosofia do cuidar em fim de vida. Cuidar, diferentemente do tratar é um verdadeiro encontro com o outro, é estar inteiramente para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança. “Implica valorizar a relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura do utente e a sua participação no processo decisório” (Pacheco, 2004, p. 33). É considerar a pessoa como um fim em si mesma, e não um meio para fins científicos, técnicos ou institucionais. O cuidar não implica desvalorizar a ciência ou a técnica, mas utiliza-las para prestar cuidados à pessoa de forma global, não

menosprezando as suas necessidades. Desde cedo os estudantes devem ser ajudados a perceber que a terapêutica fútil deverá ser substituída por cuidados paliativos, que têm como objetivo aliviar a dor e o sofrimento de forma que a morte possa ocorrer em paz e com dignidade. Mas, nem todas as mortes são idênticas. Tal como há muitas formas de viver, também há diferentes formas de morrer. Os docentes clarificam esta multiplicidade de perfis que a morte pode assumir tanto na perspetiva do indivíduo como na da sociedade.

*No caso das mortes prolongadas, diferentemente dos acidentes que são imediatos, temos que proporcionar a melhor qualidade de vida possível, eles sentirem-se apoiadas, amadas e confortáveis possíveis de modo a prepararem-se para partir. É nesta perspetiva que nós temos que preparar os alunos. Isto nas aulas teóricas. D1.22.*

*Também é importante perceber como é que a sociedade se posiciona frente à morte. É a questão do negar a morte. Ou então dos adolescentes que a desafiam. (...). Há várias formas da sociedade se posicionar face à morte, mas a maior é a da negação. D6.61.*

A forma como a morte se apresenta varia muito, desde as formas inesperadas e violentas como no caso das vítimas de acidentes e homicídios, a morte desejada ou imposta a si mesmo como nos suicídios, a morte coletiva e vivida em cenários de guerra ou terrorismo e a morte resultante de uma evolução de doença prolongada e letal. As diferentes roupagens que a morte pode vestir têm contornos e representações diferentes consoante a época histórica e o contexto sociocultural em que são vividos e que condicionam, de certo modo, a sua aceitação ou rejeição.

Construir um saber teórico sobre a morte é um substrato para compreender e contextualizar o fenómeno, desenvolver os conhecimentos ou fundamentar o cuidar na evidência científica, pelo que a orientação para a pesquisa, ou o fornecer bibliografia sobre o tema, é outra componente que pode contribuir para o estudante maximizar o trabalho autónomo de cada disciplina.

*Num trabalho de orientação do estudante há a reflexão a leitura e a sua discussão. Enquanto docentes podemos sugerir leituras muito direcionadas. Não coisas vagas sobre ..., mas para orientações muito concretas sobre a morte. D11.38.*

A pedagogia apresenta diferentes abordagens metodológicas que vão desde o ensino centrado no professor, até outras totalmente centradas no aluno. De acordo com o preconizado pela Declaração de Bolonha em 1999, observa-se um processo de interação permanente entre alunos, professor e objeto de conhecimento, de forma que o professor provoque questionamentos concretos, colocando à disposição do estudante diversas fontes, como a bibliografia, resultados de pesquisas e materiais facilitadores, sendo ele



próprio uma fonte a interagir com as ideias dos estudantes (Fischer, 1996). A este propósito Freire (1975, p. 31) refere que “ensinar, aprender e pesquisar lida com dois momentos do ciclo gnosiológico: um em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e outro que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente”.

Como estratégia de ensino aprendizagem este curso tem ao longo dos segundos semestres de cada ano letivo quatro unidades curriculares de Análise de Situações em Enfermagem, (ASE) cuja finalidade é capacitar o estudante para integrar os saberes que é suposto adquirir naquele ano escolar (etapa formativa). A título de exemplo a UC de ASE-IV pretende:

“Capacitar o estudante para, numa lógica integradora de saberes, se conhecer e desenvolver como pessoa, desenvolver o julgamento profissional e o processo de tomada de decisão nos cuidados à pessoa, família e comunidade e para assumir o seu papel social e profissional utilizando a reflexão sobre valores, conhecimentos, sentimentos e dilemas na análise de situações de enfermagem”. (retirado de documento on line disponível na internet no site da referida escola)<sup>5</sup>.

Os docentes que colaboram nas ASE consideram que estas UC podem dar resposta a dúvidas que o estudante formula na prática clínica ou à discussão e partilha de situações clínicas.

*Normalmente as situações que os estudantes trazem para a ASE, são situações onde eles tiveram dificuldade em entender, ou em cuidar, ou situações mal geridas pelo serviço, onde as práticas clínicas podem não ter sido as melhores, podem ser em termos técnicos ou relacionais. D4.33.*

*A unidade curricular ASE é muito flexível e pode-se ir por aí, pode-se gerir no início de cada ano curricular, sendo ótimos momentos para a partilha. (...) Em síntese na UC de ASE parecem-me ser momentos muito bons, mas isso implica trabalho de equipa, D11.56.*

Os docentes, tal como os estudantes, consideram que a UC de ASE é agregadora dos ‘saberes teóricos’ com os ‘saberes em uso’.

*As situações que analisamos [na ASE] sendo fictícias, são construídas a partir do real, são situações que podiam ter encontrado em ensino clínico e que podem servir de guião orientador para a prática e pode ser agregadora de várias disciplinas e acima de tudo agregadora da pessoa cliente. D4.32.*

O modelo de formação em vigor nesta escola e tradicionalmente usado em enfermagem revelam uma estreita relação entre os saberes disciplinares, processuais, e os da experiência, coexistindo em espaços e tempos de ensino teórico e prático que impõem a mediação entre ensino teórico e clínico e vice-versa, desenvolvendo-se em meio

---

<sup>5</sup> Por questões éticas de manter o anonimato, é omitido o nome do estabelecimento de ensino, do documento disponível no motor de busca google, em maio de 2012.

académico e nas unidades de formação clínica, através da aquisição de múltiplas competências (Mestrinho, 2012).

Para além do leque de UC fixas o estudante pode, como já foi referido, escolher 5 UC que o ajudem a estruturar o seu currículo de acordo com as necessidades formativas. Os docentes referem o modo como perspetivam os contributos destas UC para o cuidar em fim de vida, salientando que esta oferta formativa vem colmatar uma lacuna no plano de estudos do CLE.

*Criamos esta UC de opção 'Cuidar em final de vida: respostas de enfermagem', para alunos do 2º e 3º ano, partimos da preocupação de que este tema não tem a representatividade curricular que merecesse ter para todos os estudantes, daí ser uma UC de opção. D11.16.*

*Colaboro na opção de 'Enfermagem Oncológica', não no sentido de ensinar a cuidar do fim de vida, mas do cuidar a pessoa enquanto ela está viva. É diferente. Falamos da morte como um percurso de vida. D4.22.*

*Outra coisa que eu faço, nesta opção [Viver o fim de vida] é colocar questões que podiam ter sido os utentes a colocar essa questão e agora vamos discuti-la. Nesta situação não há receitas, mas linhas orientadoras. D6.22.*

Como refere esta docente, a avaliação que os estudantes fazem da oferta das UC de opção é boa, na medida que corresponde aos interesses de quem a escolheu.

*Nas UC de opção os estudantes consideram sempre que aquilo que foi ensinado era útil e foi necessário. É bom! É sinal que temos as opções direcionadas para o que eles precisam. D4.27.*

Após a apreciação dos docentes sobre a componente teórica do curso, iremos analisar os contributos dos profissionais para ajudar os estudantes a adquirir competências no ensino clínico. O modo como perspetivam o processo de aprendizagem centrado na prática clínica difere nos dois grupos. Enquanto os docentes centram a sua atividade pedagógica em aspetos como: acompanhar o estudante nas dificuldades da prática; ajudar a refletir sobre os conceitos e as práticas; orientar para a aquisição de competências e fazer uma orientação tutorial personalizada. Os tutores referem que assumem o papel de modelo; ensinam a cuidar para a morte e preocupam-se em orientar a aprendizagem do estudante de acordo com o que mais valorizam. Docentes e tutores consideram necessário ajudar os estudantes a gerir as emoções.

Para os jovens que se preparam para ser enfermeiros, não é fácil encarar a morte como algo sereno, tranquilo, ou um acontecimento que põe fim ao sofrimento, à dor ou às dificuldades de se viver neste mundo, porque não é esta a representação mais comum da morte no atual contexto histórico e social, pelo que preparar o estudante para

proporcionar uma morte tranquila requer uma mudança de paradigma e acompanhamento do principiante.

*Devemos preparar o estudante para agir e entender o morrer de forma tranquila, sem grandes ansiedades, mas que sejamos capazes de dar o conforto possível, diminuindo a dor e o sofrimento e deixar que as pessoas fiquem de forma tranquila. D9.18.*

*Temos que ajudar os alunos a encontrar estratégias de coping para lidar com estas situações de perda de autonomia física, funcional e mental dos clientes. D1.33.*

Habitualmente o estudante não encara o sofrimento e a morte com serenidade, sendo frequente que sofra e vivencie de forma particular os problemas das pessoas que cuida, deixando, por vezes, de cuidar de si próprio. Importa saber não só como o estudante cuida, mas também como sente e vive este cuidar. Neste processo Rabiais (2010) considera fundamental que o estudante adquira uma perceção de si mesmo como ser bio-psico-social e espiritual. Isso ajuda-o a identificar-se e a desenvolver capacidade de compreender as necessidades e o sofrimento do cliente e simultaneamente a diferenciá-lo. Os tutores consideram que, tal como cada cliente tem a sua história de vida e o enfermeiro deve compreender como este vivencia os fenómenos de saúde/doença de forma particular, também o orientador deve perceber como o estudante vive os processos de aprendizagem de forma singular.

*A primeira coisa é perceber o modo como cada aluno encara o processo de morrer. Que sentimentos têm? Que experiências que já teve? De acordo com o perfil do aluno e da sua experiência, tentar desmistificar de acordo com aquela sensação. T6.36.*

*Tenho essa experiência de ensinar sobre a morte. Começo por perspetivar onde é que eles gostariam de morrer. De alguma forma até do os inquietar e a partir daí falar da morte como uma etapa da vida. T2.24.*

Tal como o doente e a família vivem o processo de morrer com diferentes emoções e sentimentos, que por vezes se integram, outras se atropelam ou dissociam, também o estudante se vê confrontado com pensamentos e sentimentos díspares, com os quais não sabe lidar. Existe em cada pessoa polaridades em que há simultaneamente na natureza humana ‘homeostática’ e ‘transtática’. Sendo o desenvolvimento da personalidade um movimento da expressividade das polaridades explícito de um movimento tese e da antítese para uma síntese, que ao integrar diferentes aspetos opostos da personalidade permite à pessoa desenvolver-se, o que Chalifour (2008, p. 64) designa de ‘transtasis’. As várias emoções contrárias estão presentes e podem de acordo com a situação, opor-se nas suas manifestações, o que não é fácil de gerir para um iniciado em profissões de saúde, no entanto podem ser apoiados por profissionais experientes, que os ajudem a

lidar com sentimentos, ou atitudes díspares, mas para tal precisam de tempo e de espaço, como referem estes docentes.

*Não posso levantar questões, em que o aluno começa a verbalizar sentimentos e emoções, sem ter espaço e disponibilidade para depois trabalha-las. D3.41.*

*Em relação aos cuidados em fim de vida nós temos que dar muito acompanhamento ao estudante para resolver a situação de estudantes que não conseguem estar junto de pessoas que morrem. D4.49.*

O mal-estar que a morte provoca é tão grande que queremos viver afastados dela, negando-a. Rinpoche (1999) refere que evocar o seu nome é considerado mórbido. A suspeita da sua proximidade desperta nos vivos o desejo de se afastar, não estar próximo, ou como refere este docente, nem compreender que a vida está a terminar.

*Recorro à minha experiência pessoal em que tinha doentes em final de vida e essa aprendizagem para ser potenciada tem de ser feita ao vivo. Como é que é? Este doente piorou hoje. Quer continuar a cuida-lo? Não quer? Quais são os cenários possíveis neste percurso. Porque o doente está mal, está a piorar, mas às vezes a morte não passa pela cabeça do estudante. Estamos no paradigma da técnica e da cura, D11.28.*

Os estudantes que não aprenderam socialmente a posicionar-se sobre a morte nem sempre compreendem que este é o desfecho da situação, e que é necessário cuidar para a morte em vez do cuidar para a cura, isto é, desenvolver a atitude de cuidar como uma forma de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo. “Cuidar de tudo o que compõe o mundo e de tudo o que contribui para o tornar, a cada dia que passa, mais humano, eis o que poderemos designar por missão da comunidade dos humanos” (Hesbeen, 2004, p. 25). Neste sentido os profissionais vão ajudando os estudantes a centrarem-se nas necessidades dos clientes, e a desenvolverem-se como pessoas e como profissionais.

*Incutir nos alunos o facto de, por mais ou menos tempo que aquela pessoa fique connosco, aquela pessoa até morrer é uma pessoa que está viva, e por ser uma pessoa viva tem as suas necessidades, quer mais expressas ou menos expressas, tem a sua família mais presente ou menos presente, que temos que cuidar também. T9.19.*

*Se eu não vivenciar esse sentido do cuidar, não consigo transmitir isso, em toda a sua abrangência, ensinar aquilo que eu não consigo praticar. A essência do cuidar transparece nas mais pequenas coisas, nos pormenores da nossa interação, no modo de estar com os outros e até no modo como nos relacionamos connosco mesmos. D10.3.*

*Os estudantes precisam de muito acompanhamento para serem capazes de cuidar não só nos aspetos instrumentais da profissão, como nos aspetos mais materiais e visíveis, mas também nos aspetos relacionais e para desenvolver essas competências precisam de ser muito acompanhados. D12.44.*

Os ensinamentos clínicos são, por vezes, vistos numa lógica de meros momentos de aplicação linear de um determinado saber disciplinar. Porém, a riqueza e a natureza das aprendizagens que eles podem proporcionar justifica que se considerem numa perspetiva interdisciplinar, integradora, que é inerente à profissão. Como referem Alarcão e Rua (2005, p. 376) “os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes, gestos profissionais e competências, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação)”. Neste sentido os estudantes vão aprendendo a valorizar diferentes dimensões da pessoa para as integrar no cuidar.

*Os estudantes que eu oriento ficam muito despertos para a dimensão sócio cultural nos fenómenos de saúde. Quando estão a fazer o processo de enfermagem, oriento sempre para que tenham em atenção a origem, a cultura, da pessoa. D8. 16.*

*Não sei se os estudantes estão sensíveis aos aspetos da espiritualidade e se esta necessidade foi ou não aprofundada, mas é um aspeto que deve ser trabalhado ao longo do curso, e também nos ensinamentos clínicos. D9.26.*

Ao contactar com diferentes clientes vai contextualizando a pessoa como um ser no mundo que percebe e vive experiências em permanência com o tempo, o espaço e a sua cultura. Watson (2002) considera que cada sujeito percebe o mundo de forma diferente, porque cada pessoa tem um ‘campo fenomenológico’ próprio que se move e se desenvolve, sendo este um marco de referência. A saúde é a unidade de harmonia na mente, corpo e espírito e só é possível quando há congruência entre o eu percebido e o eu experienciado. A autora considera que o ambiente é constituído pelo mundo físico, material e mundo espiritual, que representa não só o ambiente próximo da pessoa, mas também as forças do universo e nesta lógica o estudante atende às dimensões micro e macro que envolvem o cliente e a família.

O tema da morte perturba os que a vivem, seja o moribundo, a família ou os profissionais de saúde, que também têm as suas defesas pessoais para se protegerem do medo, da angústia e dos sentimentos de impotência, pelo que o ensino clínico proporciona a oportunidade de serem acompanhados na prática e amparados nas expressões dos seus sentimentos.

*O professor que está responsável pelo ensino clínico deve trabalhar aquela situação com o grupo de estudantes. As oportunidades e experiências que surgem sempre têm que ser trabalhadas e não podem ser descuradas. D12.49.*

*Em estágio é bom que eles tenham a noção que falar na morte, para a maior parte das pessoas é complicado, os doentes muitas vezes não falam nisso e podem estar em fase de negação e de revolta. São discutidos esses assuntos com os estudantes. O que lhes tenha causado impacto ao estudante, quer pela positiva, quer pela negativa. D6.24.*

É necessário estar atento aos sentimentos que emergem face ao cuidar do outro, particularmente quando se é iniciado ou estudante, para que, diante dos utentes, a relação seja de self para self e possam estar presentes por inteiro. Como refere Franco, (2002) ambos vencendo os seus medos, fazendo surgir potencialidades e humanizando a relação profissional. Se existir desde o início uma relação sincera, em vez de uma atitude de negação ou de fuga, mais facilmente os dois intervenientes podem sentir menos dificuldade em encarar a fase da terminalidade. Atitudes de atenção constantes, disponibilidade e combate da dor provam que não há abandono nesta fase, em que a pessoa receia geralmente mais a solidão do que a morte (Caixeta, 2005).

Ajudar o estudante a refletir sobre si e sobre o cuidar do moribundo requer espaço, disponibilidade e uma metodologia de ensino apropriada, como a orientação tutorial personalizada.

*Tal como nós enfermeiros temos que estar atentos à singularidade do utente para o cuidar, também o docente tem que estar atento à singularidade do estudante e às suas necessidades para encaminhar e orientar o processo de aprendizagem. D8.32.*

*No ensino dos alunos, há uma parte teórica que é igual para todos, mas no estágio eu conhecia os alunos, que não têm todos a mesma maturidade, são diferentes. D12.33.*

Se queremos que os futuros profissionais sejam competentes a cuidar dos outros, há que cuidar melhor deles próprios enquanto pessoas. A equipa docente terá de dar mais atenção aos estudantes, desde que chegam ao ensino superior e ao longo do seu percurso, atender aos seus conteúdos culturais, desejos, aspirações, medos e alegrias, limitações e pontos fortes, expectativas e apetências. Como refere este docente é estar atentos às lógicas do cuidar.

*(...) perceber se os estudantes estão centrados neles e não na pessoa que está a morrer. Temos que contar com tudo isto. Muitas vezes há lógicas que não são alcançáveis do ponto de vista do docente e que não são desmontáveis só com entrevistas. D11.32.*

Ao darmos particular atenção à saúde mental dos estudantes e criarmos condições para o seu desenvolvimento pessoal, certamente que podemos aspirar a profissionais atraídos pela ação criativa, integrando polaridades, interioridade e espontaneidade, capaz de trabalhar em diferentes contextos clínicos, quer nacionais quer internacionais, defensores de valores humanistas, capaz de encontrar soluções criativas, neste caso para os problemas de saúde de pessoas famílias, grupos ou comunidades (Beltran, 1986). O

ensino clínico proporciona a possibilidade de compreender melhor cada situação, usar uma linguagem adequada, sem eufemismos de modo a construir a ideia de finitude e elaborar um discurso com objetividade.

*O nosso trabalho com o aluno tem de ser feito no momento. Como é que acha que a pessoa está? Quais os cenários possíveis? O que acha que pode acontecer? Até o próprio trabalho de fazer com que o estudante diga, nomeie, verbalize. Isto é diga a palavra 'o doente pode morrer'. Verbalizar que o doente pode morrer implica um grau de consciencialização mais elevado do que não ser capaz de o nomear. Isto é um trabalho que só se faz ao vivo e não com intervenções pontuais (...) D11.29.*

Há que ultrapassar barreiras e tabus entre os quais os linguísticos. As deficiências na formação dos profissionais de saúde leva-os a forjarem e vestirem a armadura de heróis míticos, capazes de vencer a morte, e perante esta não encontram um discurso adequado. Há falhas na construção da comunicação aliadas à falta de conhecimentos e de preconceitos sobre o morrer que se traduzem numa comunicação usando palavras tangenciais que suavizam os fatos e convidam o outro a responder de forma superficial, dando a impressão de não estar a falar sobre o assunto. Walsh e McGoldrick (1998) consideram que o uso de palavras diretas sinaliza que me sinto confortável com o assunto, possibilita uma interação mais autêntica e facilita o expressar das emoções. “São contraindicadas palavras evasivas como ‘partir’, ‘não estar neste plano’ ao falar com os doentes sobre morte. Palavras claras como ‘morrer’, ‘enterro’, ‘velório’ são indispensáveis como dados da realidade, aumentando a possibilidade de enfrentar de forma adequada a situação” (Macieira & Palma, 2011, p. 328).

Para aprender a saber estar com o cliente, são necessárias, entre outras componentes, modelos de referência, embora este seja o nível mais básico de aprendizagem, em que o iniciado começa por reproduzir os sapientes, ou seja, por imitar quem ele julga mais capaz. Os tutores estão cientes dessa responsabilidade e esforçam-se por serem bons modelos o que nem sempre conseguem devido às múltiplas solicitações e a dificuldade em cumprir tarefas, em vez de se centrarem no cuidar holístico.

*A forma como nos comportamos e como cuidamos, o orientador serve sempre de modelo. Seja para o mal ou para o bem, mas é sempre avaliado como um bom, ou um mau tutor. T6.37.*

*Eles ficam a cuidar de uma ou duas famílias, mas sob a orientação do enfermeiro que tem uma série de famílias. O que complica um bocado, porque o enfermeiro anda a correr de domicílio para domicílio e não dá atenção à família, dá atenção ao doente, e como modelo de aprendizagem fica um pouco limitado. T8.30.*

De acordo com a teoria de Guittet (1998) a aprendizagem experiencial dos estudantes passa, nas primeiras fases, pela reprodução dos modelos dos profissionais da prática “através de experiências de imitação e de comunicação com outras pessoas e de interação com o ambiente físico, as potencialidades de desenvolvimento são estimuladas e postas em prática até que internalizadas como desenvolvimento efetivo e independente” (Kolb, 1984, p. 133). Oliveira (2003) salienta que o papel de formador, mais do que transmitir conhecimentos é ser modelo. “Ao jovem interessa não apenas o que o professor transmite, mas o que ele é” (Enricone, Clemente, Mosquera, Empinotti, Ziller & Totta, 1992, p. 41).

Como modelos de boas práticas os tutores procuram reformular os conceitos e os tabus dos estudantes sobre a morte, valorizando o cuidar paliativo de modo a que o estudante possa encarar o cuidar para a morte como um processo bem-sucedido pela equipa que cuida da pessoa inserida no seu contexto socio cultural e familiar.

*É muito bonito falar do nascimento, mas também é bonito falar da morte. É isto que tento explicar aos estudantes. A morte é um processo em que é preciso os enfermeiros ajudarem a morrer com qualidade o doente e dar apoio à família e transmitir-lhe que esta postura, em termos profissionais, também pode ser um sucesso. T2.25.*

*Na integração procuro sempre preparar os estudantes para este cuidar em contexto domiciliar. Penso que não é fácil para o estudante ver-se assim a entrar em casa das pessoas. Para mim também não foi quando vim trabalhar para os CSP. T12.27.*

Ao confrontar-se com diferentes situações, o estudante vai elaborando o seu modo de cuidar em fim de vida, de acordo com o ideário dos cuidados paliativos, que visa preparar o doente e família para a ‘boa morte’, mas para tal é necessário que todos aceitem a eminência do término de vida sem revoltas, o que nem sempre acontece. Por vezes, há tensão entre os atores, que são o doente, a família e círculo social e os profissionais. A equipa de saúde pode ter diferentes modelos de abordagem que segundo Menezes (2011) podem oscilar entre dois modelos de abordagem: o *modelo paternalista* de tomada de decisão que consiste nas escolhas feitas pelo médico e comunicadas ao doente e família e o *modelo partilhado* em que o médico apresenta informações e possibilidades, o doente e a família vão refletir para poderem decidir e participar nas decisões. Para o estudante é complexo situar-se nesta panóplia de variantes e inserir-se em equipas com diferentes formas de conceber e gerir os cuidados, pelo que a presença e o amparo de um tutor que o oriente na compreensão das experiências que vive nas diferentes equipas, a ser crítico e a questionar-se a si e aos cuidados que pratica.



*A nível intelectual eu acho que os estudantes não estão minimamente preparados. Vem preparados para executar tarefas e técnicas e concentram-se muito nos procedimentos, de tal maneira que descuram o que se passa à volta deles. Não vêem, não ouvem, não observam. T5.28.*

Os tutores compreendem as dificuldades dos estudantes e orientam a formação em ensino clínico, não só na abordagem do cliente, mas também centrados na análise das necessidades dos aprendentes, fazendo-o por vezes a partir da memória que têm das suas dificuldades e experiências escolares.

*Quando eu era aluno não conseguia ver esta perspetiva da reflexão sobre a prática, mas agora que estou neste papel de cuidador e de orientador de estágio, consigo ver muito melhor. Agora tenho a noção do tipo de interpretação e de ajuda que eu posso dar a um aluno que me apresenta esses diários de aprendizagem. T10.32.*

*Há que ajudar o estudante, que está no ensino superior, a fazer o seu auto diagnóstico e a dirigir a sua aprendizagem para o que precisa de desenvolver. Ter hábitos de estudo e de trabalho. T11.59.*

A prática de acompanhamento em ensino clínico é exigente para todos os intervenientes. Espera-se que o tutor tenha um adequado desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal, como pré-requisitos para formar futuros profissionais, para além de trabalhar com o estudante a estrutura cognitiva, em contacto com o mundo do trabalho e as complexidades aí existentes, deve ajuda-lo a refletir e a gerir situações de forte carga emocional, como as ligadas a perdas e a lutos (Abreu, 2007).

*Há alunos que distanciam-se completamente do fenómeno e continuam com a porta fechada, sem conseguir vivenciar a morte. Acabam por criar uma impermeabilização, uma carapaça sem necessariamente vivenciar aquilo de que se estão a proteger. T9.31.*

O orientador é um mediador ativo, crítico e reflexivo, capaz de ajudar o estudante a desenvolver a capacidade de reflexão, o auto conhecimento, o espírito de inovação e a capacidade cuidativa. Na opinião de Alarcão e Tavares (2007, p. 56) “é um adulto normalmente desenvolvido física, biológica, psíquica e socialmente e com capacidades e conhecimentos suficientes nos domínios psicopedagógicos e técnicos didáticos”. A atitude supervisiva implica um olhar atento e abrangente, capaz de contemplar o discurso verbal e não-verbal, o passado e o presente, os factos e as respetivas interpretações possíveis, o meio envolvente, o desejo de fazer e a impossibilidade de concretização (Sá-Chaves, 2000).

Os docentes ao refletirem sobre o papel de supervisores clínicos compreendem a complexidade da supervisão que implica vários olhares: O olhar em frente para planificar as atividades pedagógicas; o olhar à volta para organizar e coordenar esforços

e envolver parceiros; o olhar para trás de modo a monitorizar o cumprimento da planificação, fazer a avaliação e por fim o olhar para dentro das organizações envolvidas no processo formativo e assumir o controlo e a resolução de problemas (Cusins, 1994). Em contexto clínico, os docentes consideram que o seu papel está limitado face a aspetos conjunturais, como excesso de estudantes, dispersão destes por diferentes serviços e locais, dar respostas a diversas solicitações pedagógicas e formativas, sendo os tutores que assumem maior relevância no processo.

*Nós docentes com tantos estudantes nem sempre conseguimos ter tempo e disponibilidade para desmontar uma situação problemática e ajudar o estudante. D4.48.*

*Acho que nos andamos a iludir com o facto de que somos professores e que vamos aos ensinamentos clínicos fazer uma tarefa altamente diferenciada. (...) estamos altamente limitados do ponto de vista das possibilidades estratégicas, de termos efetivamente um papel significativo na aprendizagem em contexto de ensino clínico. D11.26.*

O exercício da docência e as competências dos intervenientes no processo de formação dos enfermeiros “são de grande exigência, implicando um conhecimento situado na ação, holístico, criativo, pessoal e construído. Um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade para aprender o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem” (Nascimento, 2006, p. 14). Ao minimizar o papel do docente como formador está-se a minimizar as funções de “teacher role” definidas por Mestrinho (2012, p. 76) “está em causa a sua liderança, o desenvolvimento e a avaliação dos processos e dos percursos o que se traduz num deficit do envolvimento dos estudantes na sua aprendizagem e na abertura de perspetivas sobre a realidade profissional”.

Os docentes consideram que em ensino clínico os tutores têm uma função e uma presença relevante na formação em contextos da prática.

*Os estudantes lembram-se dos exemplos que os professores lhes dão, mas recordam as práticas dos enfermeiros. D1.46.*

*A figura do tutor é extremamente importante como modelo. Os alunos aprendem com bons modelos e com pessoas que têm boa formação académica, mas também a experiência do dia-a-dia em que cuidam muitos doentes em cuidados paliativos e em fim de vida. Portanto têm um conhecimento que não vem só nos livros. Por isso é que são peritos. D3.29.*

A aprendizagem desenvolvida em ensino clínico com a cooperação de profissionais mais experientes e mediada pelo professor, torna-a mais acessível e mais estimulante para novas aprendizagens, porque o que hoje é feito com ajuda, ou supervisão, prepara para amanhã fazer só, interferindo na zona de desenvolvimento proximal e provocando

avanços que não se dariam de forma espontânea (Vigotsky, 1987). Sendo “a modelagem, quando bem conduzida, uma ótima fonte de inspiração para desencadear aprendizagens e comportamentos adequados, sobretudo nos estudantes, nos mais jovens, ou nos menos experientes” (Sanches, 2011, p.139).

Quanto ao exercício da tutoria os docentes referem-se aos requisitos para se poder ser tutor e à necessidade de dar continuidade às experiências tutoriais numa lógica de manutenção e aprimoramento da função pela experiência, enquanto os enfermeiros da prática, ao refletirem sobre a tutoria referem-se ao seu papel de orientador como colaboradores no processo de aprendizagem nas práticas clínicas.

Relativamente aos requisitos para ser tutor, os docentes consideram que se deve ser criterioso na sua escolha. Para além de manifestarem desejo de colaborar na formação, devem ter disponibilidade, serem especialistas ou peritos e nunca iniciados na profissão.

*Dou muita importância à escolha de um tutor, porque há enfermeiros que não têm perfil para serem orientadores, nem modelos de boas práticas. São muito novos, imaturos, inexperientes, não gostam, nem têm jeito para ensinar. D8.37.*

*Normalmente os enfermeiros escolhidos para tutores, são os mais qualificados, os que têm atribuído situações mais complexas e ainda as funções de gestão do serviço (...) os enfermeiros não conseguem fazer tudo, estão muito sobrecarregados. D4.50.*

Para que o supervisor clínico possa levar a bom termo a sua missão, terá que dominar os conteúdos programáticos das respetivas disciplinas, possuir uma boa cultura geral e uma formação efetiva nos domínios das ciências da educação e da formação de adultos, conhecer a estrutura curricular do curso, conhecer as didáticas ou metodologias de ensino, ter desenvolvido skills específicos, ter um bom conhecimento de si próprio e uma atitude permanente de bom senso (Alarcão & Tavares, 2007). Pelo que nem todos os enfermeiros têm condições, ou características para serem tutores. Jolly e Kilminster (2000) referem alguns dos comportamentos ineficazes ou inibidores que podem manifestar-se por: rigidez, baixa empatia, incapacidade de oferecer suporte e orientação, incapacidade de acompanhar e captar as preocupações dos estudantes, ser indireto e intolerante, dar ênfase e valorizar na avaliação os aspetos negativos. Podendo ainda acrescentar-se a estes, outros aspetos negativos, como a sobrecarga de trabalho, excesso de solicitações, ausências frequentes do serviço, falta de motivação, deficit de saberes clínicos e pedagógicos. Tendo em consideração estes pressupostos nem sempre é fácil organizar uma bolsa de tutores que se ajuste ao perfil de qualidade desejável, porque

para além dos requisitos pessoais e profissionais, é necessário ter experiência e continuidade na ação pedagógica.

*Concordo que um tutor precisa de experiência e continuidade, mas é mais um cenário em que a heterogeneidade reina e nós temos tutores com múltiplas experiências, com múltiplas competências. De facto um trabalho a fazer é dar alguma homogeneidade daquilo que é a prática pedagógica das pessoas. D11.49.*

As práticas de acompanhamento dos estudantes em ensino clínico são exigentes para todos os intervenientes. A disponibilidade dos tutores não reside só nos fatores de ordem psicológica, requer continuidade, experiência e aprendizagem, como refere Abreu (2007, p. 217) “o trabalho de acompanhamento deve ser um trabalho de construção de identidades, de competências, de integridade, ético e de responsabilidade e isso que exige tempo”. Para além do tutor conhecer o currículo escolar do estudante, estar atento à sua personalidade, etapa de formação, ele pode desempenhar diversos papéis: o de modelo, de advogado, de patrocinador, de conselheiro, orientador, intelectual, ouvinte, anfitrião, mestre, desafiador, visionário, apaziguador, amigo e facilitador. Estes papéis vão se aprimorando e desenvolvendo com a continuidade na ação (Campbell, 1994).

Os enfermeiros ao refletirem sobre o seu papel, consideram que focos de orientação do tutor podem ser direcionados para diferentes ângulos isoladamente, ou em consonância. Podem focar-se no estudante, no conhecimento a adquirir e a mobilizar, ou centrarem-se nos cuidados e no benefício para o cliente, como se compreende na intenção destes relatos:

*Com o estudante que me está distribuído eu trabalho sempre individualmente. Reunimos os dois, eu e ele e falamos sobre o que sentiu, ou não sentiu, tipo de dificuldades. É uma situação que para ele não é normal, como foi? O que lhe pareceu? o que achou? T3.15.*

*O orientador ajuda-o a ver que conhecimento é que ele tem. O que precisa de procurar, para conhecer e para se autoconhecer a ele próprio. T7.31.*

*Ajudar os estudantes a comunicar com o doente e com família neste processo de fim de vida. T2.26.*

Neste processo formativo em contextos da prática é necessário, na opinião de Vidinha (2007, cit. in Abreu, 2007), adotar procedimentos pedagógicos facilitadores da reflexão, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, proporcionando uma aproximação entre os diferentes tipos de saberes teóricos, práticos, profissionais e organizacionais, fomentando a principal função do enfermeiro que é cuidar.

Os dois parceiros referem-se à forma como se articulam neste triângulo formativo (estudante/docente/tutor) de modo a constituírem uma mais-valia quando se conjugam diferentes tipos de saberes e de competências havendo uma sinergia e aprendizagem conjunta de todos. Porém, os participantes referem algumas dificuldades emergentes na concretização de uma parceria bem-sucedida.

*É preciso estreitar a relação da escola com os campos de estágio, com um contacto mais próximo entre as pessoas que vão orientar os estudantes, os docentes daquele grupo e os enfermeiros da prática. T5.3.*

*(...) devemos partilhar o processo, nesta triangulação, com o aluno e o docente para encontrar o método mais adequado, ou identificar onde o aluno tem mais dificuldades. Porque nós orientadores também temos as nossas limitações e o saber que podemos contar com o apoio do professor, nos aspetos pedagógicos é bom. T6.58.*

*A discussão do trabalho de reflexão sobre a prática deve envolver o estudante, o professor e o enfermeiro orientador. T10.35.*

Vários autores referem a necessidade de complementaridade dos dois intervenientes: docente e tutor na concretização da formação dos estudantes em ensino clínico, sendo o apoio concretizado num contexto de complementaridade, co-responsabilidade e proximidade, mas nunca de substituição. Como refere Abreu (2007, p. 218). “A presença de um enfermeiro ao lado do docente permitirá melhorar a qualidade da formação, e por sua vez a presença contínua do docente no local das práticas poderá ser considerado um catalisador de mudança”. Na realidade nem os docentes são peritos na prática clínica daquele serviço, nem os tutores são peritos em aspetos pedagógicos, mas o contributo de ambos cria sinergias no processo de ensino aprendizagem.

*O estudante refere situações da prática que terá que ser vista com o orientador de estágio e o aluno, o tutor está ali como intermediário, deve dar a sua opinião e tem a sua experiência pessoal e profissional e pode dar contributos. T10.37.*

*O tutor não tem as estratégias pedagógicas dos professores, mas têm os saberes da prática que alia a outros saberes e competências. Por outro lado vai aprendendo algumas estratégias pedagógicas, porque tem o docente como modelo. D3.37.*

A triangulação estudante / docente / tutor necessita que cada elemento conheça os seus papéis, o contexto formativo, os resultados pretendidos, dê os seus contributos e estreite a interação conjunta. A articulação entre os dois locais de formação, a escola e os serviços de saúde deve ser constante, através de partilha de informação e avaliação conjunta, num processo de intercâmbio e de influência mutua. Como refere Silva e Silva (2004, p. 110) “a teoria tem repercussões na prática e as práticas influenciam e atualizam o processo de ensino aprendizagem”.

Os ensinamentos clínicos realizam-se habitualmente em instituições de saúde, na comunidade, ou em contextos da atividade profissional do enfermeiro. “É um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se deve promover o encontro entre o professor / tutor / estudante num contexto de trabalho” (Martin, 1991, p. 162). Mas, para tal é necessário que o tutor conheça o currículo da escola e as competências a adquirir naquele período, bem como os docentes prepararem previamente os locais onde decorre o ensino clínico, conhecerem as características do serviço e terem disponibilidade para estar atentos às necessidades de cada estudante, o que não é conseguido com um ‘ensino de massas’.

*Eu que tive a experiência de ter 30 alunos e agora tenho 300, não posso conhecer os estudantes do mesmo modo, às vezes até lhes confundo os nomes. D1.39.*

*Para ser capaz de lidar com a morte e o fim de vida tenho algumas preocupações com este plano de estudos atual e com as novas diretrizes da formação no ensino superior. Acho que a formação em enfermagem tem de ser no mínimo individualizada. D12.43.*

*Seria bom um contacto com os alunos prévio, antes do estágio e isso já foi feito. Agora os alunos caem um pouco aqui de paraquedas, o que é mau para os enfermeiros tutores e péssimo para os estudantes. Era importante este conhecimento prévio sobre o que nós fazemos, o que os alunos vão encontrar. T5.33.*

De um modo geral tanto os estudantes como os enfermeiros, consideram que os docentes não têm disponibilidade para estabelecer relações de proximidade e de cooperação com os locais da prática, centrando-se no processo avaliativo em detrimento de outros papéis que poderia desempenhar durante as práticas clínicas.

*Nesta formação não chega só a experiência, só o ler e documentar-se com a bibliografia. O estudante precisa de alguém que lhe dê apoio, para o ajudar a refletir e perceber o que se está a passar e a evoluir, não só na gestão dos sentimentos, mas a estruturar o pensamento sobre a própria morte. Isto tudo tem muito a ver com o aprender a lidar com a morte, as perdas, a fazer os lutos das situações. D12.41.*

*Durante o estágio o apoio que é dado é muito limitado e muito pouco. O professor vem no primeiro dia, depois vem fazer uma avaliação intermédia e por fim uma avaliação final. E o estágio tem muitas lacunas. O professor vem ao estágio fora dos momentos avaliativos, se há alguma ocorrência negativa que justifica a sua vinda. T5.34.*

Os docentes têm a responsabilidade moral e legal de verificar se o estudante adquiriu, ou não, as competências esperadas durante o ensino clínico. De acordo com o Despacho 1/87 de 21 de abril de 1987 é da competência dos docentes orientar e avaliar a aprendizagem prática dos estudantes, com a colaboração do pessoal dos serviços. A componente avaliativa verifica o processo de aquisição e consolidação de competências, que pode ser feita de diferentes modos. Allal (2004) refere três modos de as avaliar: na avaliação interativa; na avaliação centrada na participação ativa do estudante (auto

avaliação) e na avaliação formativa, em que o estudante realiza, ou simula situações complexas. Sendo a principal dificuldade avaliar as competências transversais e não tanto as materializadas em standards de conteúdos com critérios de avaliação (Pacheco, 2011). A questão que se coloca é como avaliar a capacidade de mobilizar os diferentes saberes: cognitivo, afetivo e motor, com ênfase na transferibilidade do conhecimento, que torna possível agir em situação. Sendo a competência um processo invisível que alimenta o desempenho, a performance, que é o processo visível, deve ser avaliada de forma criteriosa e não com incursões esporádicas ou ocasionais dos docentes aos locais onde decorrem as práticas.

Os contextos onde decorrem as práticas, são outra variável que interfere no processo de desenvolvimento de competências. Os enfermeiros consideram contextos adequados os que facilitam a aprendizagem e a reflexão sobre o cuidar, os que permitem uma visão holística do cliente e onde o papel da família é valorizado. Por outro lado, nos contextos de práticas deficitárias não há um trabalho em equipa, nem parceria com os recursos da comunidade, os cuidados são desajustados das necessidades dos clientes e não se valoriza, nem envolve a família.

*Eu não estava habituada a este cuidar para o fim de vida assim em contexto comunitário. Vinha do hospital, de outro ambiente e estava um pouco desfasada desta forma de prestar cuidados. O estar ali em casa das pessoas, a proporcionar o melhor ambiente para eles, é muito enriquecedor. T12.22.*

*Há neste serviço um grande investimento no conforto, no bem-estar, que tanto pode ser físico como mental, ou espiritual. Aqui a dimensão espiritual também é muito considerada. Quando falamos na enfermagem multicultural temos também em conta a cultura, as crenças e a religião de cada pessoa. T11.40.*

Independente do contexto, os cuidados visam proporcionar conforto e bem-estar, mas estes conceitos podem ter diferentes significados para os enfermeiros e para os clientes. Mussi (1996) refere alguns parâmetros que facilitam a apreciação das manifestações subjetivas do conforto: estado de alívio, encorajamento ou consolo; estado em que as necessidades básicas são satisfeitas e a homeostase fisiológica é mantida; estado de bem-estar mental e físico, isento de dor, desejo ou ansiedade; estado de comodidade em que a pessoa está à vontade consigo e com o seu ambiente; estado relaxado, que permite viver emoções positivas, livres de tensão e dor, estar consciente da sua identidade e ter atitudes de aceitação em relação a outros; estado de harmonia, resultado da integração corpo-mente-espírito na relação consigo e com o ambiente.

Outro aspeto considerado como contexto favorável à aprendizagem é a valorização da família e toda a comunidade que envolve o cliente.

*Em contexto domiciliário é completamente diferente do cuidar no hospital, nos estamos em casa da família, junto do passado, há as fotografias as memórias de tudo, estamos com a família, com os vizinhos com os amigos, com as pessoas significativas. Nós, no hospital temos um doente na cama e uma família, mais ou menos ansiosa. T2.19.*

*Nos cuidados continuados o enfermeiro não se pode dissociar de todo o processo de morrer. O doente de facto morreu, mas temos a família para cuidar. Temos um processo de luto para ajudar a elaborar e isso requer continuidade. Nós não estamos só para cuidar dos utentes, mas para cuidar da família e de todos os intervenientes. T7.35.*

Tanto os profissionais quanto os estudantes salientam as diferenças dos dois contextos onde decorrem os cuidados, isto é, o contexto institucional e o doméstico. Como refere Lemos (2009, p. 122) “o cuidar no domicílio significa compreendê-lo sob três aspetos: legal, social e cultural”. O espaço do outro, bastante diferente dos hospitais onde os profissionais ditam as regras, o domicílio é o local onde as famílias vivem as suas tradições, religiosidade, mitos e rituais. Lidar com a morte é sempre uma intervenção complexa, salientando a autora que se torna mais difícil quando este cuidar ocorre longe do espaço institucional no qual os profissionais estão até certo ponto protegidos pelas regras e normas institucionais.

Os contextos considerados como tendo práticas deficitárias são aqueles em que os cuidados nem sempre são ajustados às necessidades dos utentes, a família não é envolvida, nem a sua presença valorizada, há dificuldade em mobilizar recursos e falta de trabalho em equipa, o que não facilita ao estudante reconhecer até onde se circunscrevem os limites da competência de um enfermeiro generalista.

*O que nos falta é ter uma verdadeira equipa de cuidados paliativos. É ter um médico que mesmo não sendo o médico do hospital, mas que fosse um contacto ou uma referência. T7.36.*

*Na prática a articulação e o contacto com os outros técnicos é muito difícil, ou até inexistente, como nós temos dificuldade em chegar aos outros técnicos, é impossível tornar isso fácil aos alunos. T5.27.*

Apesar das diretivas nacionais e internacionais apontam para que os cuidados continuados e paliativos operem em rede, ainda persistem dificuldades em operacionalizar a legislação. Neste sentido o Parlamento Europeu, em 2008, no documento “Cuidados Paliativos na União Europeia” (*Palliative Care In The European Union*) reforça o papel das redes integradas, multidisciplinares, com diversidade e



complementaridade de respostas, assentes num planeamento flexível, que contemple as diferenças das zonas rurais e urbanas.

A falta de envolvimento da família no processo de cuidar e na preparação para o luto é uma lacuna no desenvolvimento de competências de enfermagem de família.

*No que se refere ao cuidar da família, nós enfermeiros também temos algumas lacunas. Tem sido um assunto muito falado e inclusivamente na formação profissional feita na instituição. T6.53.*

*O contacto com a família no hospital era inexistente. Quem dava a notícia da morte era o médico e havia um grande distanciamento de toda a situação de proximidade da morte. T5.5.*

*Com a morte do doente acaba todo o apoio à família. (...) Dizer, se precisar de alguma coisa, diga. É insuficiente o que fazemos. T5.43.*

Como documentam estas narrativas tem havido um constante afastamento da morte do ambiente familiar, levando-a para as instituições hospitalares, onde as pessoas morrem num ambiente frio, desconhecido e rodeados de estranhos. A sociedade (des)socializou a morte e encurralou-a nos hospitais, ou noutras instituições onde se morre só, num quarto isolado, sem ter com quem partilhar o medo, a angustia, o sofrimento; ou quem sabe, a paz e a alegria de quem parte. Morrer tornou-se na atualidade um momento solitário e demasiado triste para ser lembrado (Sapeta, 1999).

Outro aspeto deficitário é a falta de recursos materiais e humanos para responder às necessidades dos clientes. Se morrer numa instituição pode ser desumanizado, morrer em casa pode não significar mais conforto e bem-estar para o doente ou para a família.

*Quando vamos a casa das pessoas é que nos apercebemos bem os dramas de muitas famílias que precisam de apoio e que o enfermeiro se centre nelas como clientes, numa visão mais global. O que devo dizer que não se faz! Vai se a casa das pessoas a correr fazer cuidados curativos, ou avaliar o desempenho dos familiares nas funções que nós lhe delegamos e não dá para fazer mais em tão pouco tempo. T11.50.*

A narrativa refere uma realidade onde o enfermeiro se sente um executor de tarefas e não um cuidador da família. Mas, também pode ocorrer outra situação em que os profissionais de saúde tendem a afastar-se, cuidando de forma distante, demorando o mínimo de tempo possível. Fogem alegando que por falta de tempo não se pode cuidar de outra forma. Como defesa para não ser tão afectado, “o profissional de saúde tenta manter uma certa distancia, diminuir as visitas, responder com frases feitas, conselhos fáceis e autoritários no sentido de tornar a relação o mais profissional possível para que a emoção não se sobreponha ao racional” (Lopes & Pereira, 2002, p. 95).

Há ambientes de cuidados, particularmente nos cuidados em casa, em que há constrangimento neste triângulo: doente/família/cuidadores.

*Estamos a cuidar em casa do utente e os ambientes relacionais podem não ser os melhores e nós temos que estar atentos. Pode acontecer serem familiares a cuidar de utentes com que nunca tiveram uma relação familiar boa, ou estável. E isso é muito difícil para todas as partes: o utente, o familiar e o profissional de saúde que é o mediador da situação. T10.40.*

A casa figura como o espaço da vida social no qual se expressa a história pessoal e familiar, como refere Neves (2004), é o lugar onde a pessoa é reconhecida na sua singularidade. As relações aí vividas são marcadas pela dimensão afetiva, que geralmente fica reforçada nas situações de crise e de morrer, porque estas circunstâncias tendem a concentrar as formas de expressão de afeto, apoio, cuidados, atenção, e de ajuda a bem morrer, sendo por excelência o local onde os familiares podem realizar os rituais fúnebres. Mas, também podem emergir conflitos e desavenças sendo mais frequentes quando a família não tinha boas relações com o enfermo, o que causa grandes constrangimentos aos enfermeiros e requer habilidades na gestão de conflitos, que nem sempre são fáceis de equacionar, mas para os quais tem de estar preparado.

Os profissionais de enfermagem aprendem a prestar cuidados num referencial holístico, objetivando a valorização do homem como ser total. Mas a assistência ao cliente de forma fragmentada leva a uma dicotomia entre o discurso e a ação, entre a teoria e a prática, na qual o aspeto expressivo é pouco desenvolvido em comparação com o aspeto instrumental (Scherer & Luis, 1998)

*Nós neste serviço fazemos algumas ações paliativas, mas de forma nenhuma prestamos cuidados paliativos. T5.21.*

*Estamos despertos para o modelo holístico, mas depois na resposta fica muito aquém do que é necessário, e não somos um bom exemplo. T1.33.*

A literatura refere um descompasso entre o que se ensina na componente concetual e o que se pratica. Souza (1998) verificou que tanto no Brasil como nos EUA há um hiato entre o que se aprende e se faz. Esta situação é condicionada por vários fatores: pressão dos serviços, regidos por normas e rotinas que reforçam o modelo biomédico, sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos e materiais. Souza (1998, p. 60) considera que “a reconciliação entre estes dois mundos é imperativa para a sobrevivência da profissão”.

Face às diferenças entre a conceção dos cuidados e a realidade, é previsível algumas dificuldades dos estudantes. Os profissionais identificam vários tipos de dificuldades de

índole social, cognitiva, desenvolvimento e relacionais. Sendo a primeira a falta de aprendizagens sociais e familiares para lidar com a morte, visto que alguns contactam pela primeira vez com o fenómeno no curso; outra é a dificuldade em compreender a filosofia do cuidar em fim de vida. Também as dificuldades intrínsecas decorrentes da falta de maturidade, tendo em conta a etapa do ciclo de vida em que se encontram, pode ser um obstáculo que dificulta a interação com o cliente e a família, sendo a componente relacional a que mais necessita de ser mobilizada e treinada.

A falta de aprendizagens sobre o que envolve a morte e os processos de elaboração das perdas normalmente não é construído no meio socio familiar, como foi referido em capítulo anterior, sendo o estudante o protótipo da organização social que esconde e escamoteia a morte.

*Temos os estudantes de 20 e poucos anos como reflexo de tudo o que a sociedade lhe está a incutir, neste momento em relação à morte. Não se fala, esconde-se, não vão a funerais. Coitadinhos entram no curso de enfermagem e toma lá a morte. Eles nunca viram, nunca presenciaram, isto é muito doloroso. T2.44.*

*Muitas das dificuldades de ensinar os jovens tem a ver com a forma como nós estamos organizados socialmente. (...) os jovens não são confrontados com corpos doentes e com o sentido da finitude. D10.17.*

*Há estudantes que pela primeira vez que entram num hospital é quando vêm fazer um estágio, e a primeira vez que contactam com alguém doente também é no estágio. Isto é curioso! T3.30.*

De um modo geral a família e a sociedade tendem a proteger as crianças e os jovens das dificuldades da vida, das situações de crise, sejam elas a doença, as perdas, ou a morte, pelo que não foram dadas oportunidade de construir a ideia da morte, ou dos mecanismos de lidar com as perdas. A morte como perda é a morte do outro internalizada. Faz parte da vida e, dificilmente, não será vivida pelas pessoas. Há uma subdivisão entre a *morte concreta*, aquela que ocorre efetivamente, ou seja, a morte da pessoa com quem se mantém um vínculo e a *simbólica*, quando se referem a perdas não resultantes de morte, como a separação, perda de um emprego, etc. (Kosovacs, 1998).

Na ausência de realidade estruturante a elaboração da ideia da morte, é muitas vezes, influenciada pelos media e não pela convivência com o fenómeno, como acontece com outros acontecimentos do ciclo de vida.

*O fenómeno da morte veiculado pelos media não ajuda na construção do conceito de finitude. Ou passam a imagem de que a vida não termina com a morte; ou uma visão romântica e escondida da morte; ou a imagem do super-herói; ou a idolatria das*

*estrelas e das princesas que morrem, mas tudo diferente do comum dos mortais e do que é real. Temos que trabalhar a partir destes preconceitos.* D8.41.

*Na comunicação social, confrontamo-nos com a morte, estamos cheios de informação sobre a morte em diversas situações, mas diferentes do habitual, faz parte dos acontecimentos do espetáculo noticioso.* D12.47.

Coabitamos com várias mentalidades sobre a morte: a interdita, a reumanizada e a escancarada, sendo a última a mais abordada pelos meios de comunicação nos noticiários. “A morte é objeto de audiência, especialmente se for traumática, envolvendo assassinatos, catástrofes, acidentes naturais ou de viação, mas essas mortes representam menos de 15% do total, porque a maioria das pessoas morre por doenças ou causas naturais” (Santos, 2009a, p. 21). A exploração da morte no espaço noticioso difere da existente na sociedade. A morte televisiva assenta na espetacularização e manipulação das cenas. Ao transformar a morte em espetáculo, os telejornais contribuem para oculta-la, dissolve-la ou banaliza-la (Souza, 2008). Nesta cultura veiculada pelos medias não se elabora corretamente a ideia de finitude, de doença incapacitante e de limitação da ciência na possibilidade de cura. Face a esta cultura os enfermeiros verificam que nos ensinamentos clínicos, os estudantes nem sempre compreendem a filosofia dos cuidados em fim de vida, vêm formatados pelo modelo biomédico, querendo dirigir a ação de enfermagem para o curar, tratar, reabilitar, sentindo a morte como um fracasso da ciência.

*Os estudantes compreendem conceptualmente a filosofia dos cuidados paliativos, depois lidar na prática é que lhes custa mais. Vão muito pelo modelo biomédico, ver que a nossa intervenção teve eficácia curativa. Nos cuidados paliativos a eficácia existe, mas não é visível, nem é direcionada para o curar.* T3.12.

*Consideram a morte um insucesso, até em termos do que eles estão a fazer e do seu investimento no doente, é essa perspetiva que eles relatam nas reflexões, é o que ressalta como sentimento. É algo que lhes custou a vivenciar enquanto alunos. Provavelmente pelo insucesso do seu cuidar.* T4.26.

De acordo com os relatos é necessário saber distinguir o paradigma do curar do cuidar: no paradigma do curar, o investimento é feito na vida a qualquer preço, na qual a medicina e a tecnologia estão na vanguarda; no paradigma do cuidar, há a aceitação da morte como parte da condição humana, tendo a doença e o sofrimento uma abordagem multidimensional. Os profissionais de saúde estão normalmente centrados no paradigma do curar, nas tecnologias de ponta e têm dificuldades em aceitar a morte, vendo-a como uma falha da ciência (Pessini, 2001). Esta dificuldade é comum a vários tipos de estudantes, Paiva (2000) refere que também os estudantes de medicina, evidenciaram dificuldades emocionais, em lidar com a finitude, com as limitações da medicina e da

ciência, com os desejos e sentimentos dos familiares, com os seus sentimentos de onnipotência versus impotência.

Para além das dificuldades extrínsecas ao estudante, há alguns obstáculos intrínsecos que se prendem com falta de maturidade dos estudantes do ensino superior que habitualmente se situam no grupo etário dos 18 aos 24 anos. Marchand (2008) refere a heteronomia no modo como perspetivam a multiplicidade de quadros conceptuais e a conceção relativa do conhecimento.

*Os estudantes estão numa idade que não sei se conseguem ter maturidade para captar tantos conhecimentos. Ouviram falar, mas não sei se são capazes de mobilizar. De saber a importância desse conhecimento e sobretudo complicam muito as coisas, que por vezes até são mais simples. T4.39.*

Os estudantes universitários progridem de modos de conhecimento menos complexos, mais concretos e simplistas para modos mais complexos, abrangentes e integradores. De acordo com os estudos de Perry (1970, cit in Marchand, 2008), podem situar-se em nove *posições* ou *formas* que se sucedem, numa ordem lógica e integrativa, passando da bipolaridade absoluta à compreensão de que os conhecimentos e valores podem ser contingentes e relativos, mas nem todos os estudantes adquirem as mesmas aquisições neste período de desenvolvimento escolar.

*Isto para os estudantes tão jovens e imaturos não é fácil. Por isso eu compreendo os estudantes, coitados! Nunca foram postos nesta situação, se calhar tal como eu, quando era estudante estava pouco interessada na morte. T11.34.*

*Nem sempre é fácil o estudante refletir. Muitas vezes, falta um pouco de maturidade para conseguir refletir. T9.27.*

Para que os estudantes de enfermagem consigam adquirir competências para cuidar de pessoas e famílias em situações de transição, necessitam de aceder a níveis complexos em que a dimensão intelectual e do eu se encontram integradas. Para tal é necessário que o ensino superior se estruture de modo a criar as condições que proporcionem a ativação do desenvolvimento cognitivo e do eu.

Para além da falta de maturidade, os estudantes têm dificuldade em pedir ajuda e expressar os sentimentos, podendo pensar erradamente que são os únicos a passar por aquela dificuldade e que expressar as fragilidades emocionais, ou pedir ajuda, pode não ser bem aceite perante os pares ou orientadores.

*Pergunto nas aulas se querem partilhar alguma coisa da sua experiência. Muitos até querem. Falam dos seus medos. De não saber como atuar quando for para estágio e se*

*deparar com a morte. Nesta partilha percebem que o medo de um é o medo de muitos. Percebem que não estão sós e têm sempre alguém com quem partilhar. D6.62.*

*Têm dificuldade em pedir ajuda e falar sobre os medos, receios e sentimentos com a orientadora. Uma situação que podia ser riquíssima para a aprendizagem não é aproveitada. O estudante tem que ser ajudado a perceber de que tem medo e o que pode fazer para deixar de ter medo. D4.47.*

*O estudante precisa de ter muita confiança nos seus orientadores, seja o docente ou o enfermeiro tutor, para que ele seja capaz de falar e fazer a catarse do que sente. D9.19.*

O medo de expressar sentimentos é assente na construção do mito que o enfermeiro deve ser impassível diante da morte. Nesta situação, é recomendável que procure não se envolver emocionalmente a ponto de prejudicar o doente, mas deve ser capaz de rir, chorar, ou calar-se, sem esquecer que deve transmitir segurança e apoio ao realizar as suas funções (Oliveira, Brêtas & Yamaguti, 2007).

É reconhecido o constrangimento em lidar com a morte, sobretudo quando o moribundo apresenta características que se assemelhem às suas.

*Têm muita dificuldade em lidar com o fim de vida, particularmente quando identificam as situações da prática clínica com situações vividas por eles, ou por amigos, ou familiares deles. D1.17.*

*Para os alunos é difícil compreender e aceitar o que não é de acordo com o ciclo de vida, se a morte é em crianças ou jovens reveem-se muito na situação e é um choque. Se aconteceu a ele também me pode acontecer a mim e especialmente em mortes por acidentes. D8.21.*

No hospital encontram-se, especialmente nos serviços de pediatria, crianças e adolescentes, com doença em fase avançada ou com mau prognóstico. A morte nestes grupos etários é interpretada como interrupção no seu ciclo biológico e isso provoca nos cuidadores sentimentos de impotência, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia (Spíndola & Macedo, 1994). Ao cuidar destes doentes há maior possibilidade de envolvimento e quando interrompido pela morte, provoca sofrimento e sentimentos de perda muito exacerbados. De acordo com os estudos de Costa e Lima (2005) os profissionais de enfermagem sofrem muito com os processos de morrer, pelo que necessitam de ajuda para compreender a morte como uma etapa que precisa ser vivida e entender o seu luto como uma resposta necessária à perda e à morte dos que estavam sob os seus cuidados. Mas perceber a morte do outro, independente da idade, é sempre uma experiência inquietante.

*Os estudantes perante uma situação de fim de vida descrevem nos seus diários de aprendizagem que têm medo, a vontade é de fugir e ir embora, às vezes vão, mas depois voltam. D4.46.*

*Os estudantes do CLE têm muito medo. Eles ficam muito receosos e muito ansiosos porque não estão minimamente preparados. D5.21.*

No caso da enfermagem, o estudante vive o encontro com a realidade da vida e da morte ao entrar em contacto com as diversas faces do cuidar. Nesse encontro, o novo e inesperado transforma a fase de aquisição de conhecimentos e de experiências em momentos de apreensão e por vezes de medo, relacionados com o ‘algo novo’, diferente, ou inesperado que preenche o pensamento e transforma este momento de aprendizagem em algo inevitável e essencial para o futuro enfermeiro que é a experiência (Camacho & Santo, 2001).

*Colaboro no ensino e orientação de estudantes há 20 anos e ainda não conheci nenhum estudante que não tivesse dificuldade em confrontar-se com a pessoa em fim de vida. Tenho-me deparado com aspetos que eu considerava menos difíceis, como por exemplo, o olhar, o chegar próximo do doente. Se a proximidade física não é conseguida, como podem fazer uma aprendizagem em contexto clínico? D4.28.*

Diversos estudos referem que os estudantes experimentam uma ansiedade considerável, resultante de sentimentos de inadequação e ao serem alvo de solicitações por parte do doente ou da família, sentem-se vulneráveis e limitados no seu papel (Cooper e Barnett, 2005). As dificuldades não se confinam ao cuidar da pessoa doente, o enfermeiro ao ser chamado para partilhar a morte com os familiares estabelece um relacionamento em que se torna parte do processo, até então vivido pelos familiares. Como referem Poles e Bousso (2006) essa participação pode ser meramente física e distante, quando a enfermeira tenta preservar-se com medo da reação da família, mas, também pode ser de intimidade, a ponto de perceber-se acolhida, sendo essa uma oportunidade recíproca de consolo e os estudantes precisam de ser ajudados a confrontarem-se com as dinâmicas relacionais porque o cuidar em fim de vida coloca-os, muitas vezes, num dilema correndo o risco de agir ou de forma mecânica, deixando de lado os sentimentos ou de se envolverem demasiado e sofrer (Lemos, 2009).

*Os estudantes têm dificuldade em falar sobre a morte com a família. T1.37.*

*Nas reflexões não referem os cuidados pós morte, nunca selecionam uma situação de dar apoio à família. Também porque ninguém vai solicitar a um aluno que seja ele a falar com a família, mas ele podia estar ali presente, para se confrontar com a intervenção no luto. T4.27.*

*Os alunos têm dificuldade em estabelecer um diálogo. As pessoas, em casa, dirigem-se muito ao enfermeiro e ignoram quase o aluno, tirando algumas exceções, o que os coloca numa posição bastante desagradável e difícil. T5.25.*

As dificuldades e as inseguranças dos estudantes perante os clientes traduzem-se em atitudes de fuga, ou de evitamento.

*A maior dificuldade do estudante é o que fazer e dizer naquele momento. T7.25.*

*As atitudes dos estudantes são muitas vezes de fuga, porque não sabem o que podem dizer a seguir. Mas às vezes não temos que dizer nada, as pessoas não nos estão a inquirir, porque eles já sabem muita coisa, eles só querem alguém a quem falar, que os possa escutar. Mas isso para os alunos é difícil de aceitar, porque pensam que tem que dar sempre respostas. D12.36.*

É habitual, pelo menos nos primeiros ensinamentos clínicos, a dificuldade em comunicar, pelo que é necessário as instituições formadoras investirem na capacitação dos estudantes para desenvolverem habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal. Quem trabalha com pessoas em situações de doença e especificamente, com os que vivenciam “a ameaça de morte anunciada, necessitam de aprender não só as técnicas assistenciais, mas ser treinado para saber quando e o que falar, como demonstrar compreensão, afeto, como calar e escutar, estar próximo e acessível às necessidades do outro” (Araújo, 2009, p. 220).

Os profissionais atentos à interação dos estudantes, alertam para as dificuldades crescentes que os estes têm vindo a evidenciar na comunicação face a face com o cliente, porque estão habituados a comunicar para o ecrã.

*A comunicação virtual não proporciona este bom desempenho. Chegam ao hospital e nem sabem olhar na cara da pessoa. Para eles a comunicação é um fenómeno muito mais abstrato do que era para nós. T9.51.*

*Com este modo de comunicar pelas novas tecnologias, pela internet, vamos ter um problema na formação dos estudantes, que é eles não saberem olhar para as pessoas. Porque não aprenderam. Comunicam por mensagens. A pessoa não está lá. Vamos ter estudantes que não têm competências para falar connosco sequer, porque não sabem. Estão habituados à escrita e ao ecrã. D2.52.*

Normalmente o uso das tecnologias de informação e comunicação digital, são consideradas um sintoma do progresso, mas este progresso tecnológico altera os padrões tradicionais de comunicar e das pessoas se relacionarem em situações de proximidade, cujos resultados ainda são difíceis de prever. A evolução tecnológica, altera os modelos de organização social e económica, ao nível do trabalho, da comunicação e, inevitavelmente, das políticas e orientações educativas, sobretudo através de mudanças tecnológicas que têm fortes repercussões nos modos de comunicar e, conseqüentemente, na comunicação educativa e terapêutica (Pereira, 2009).

Analisadas as dificuldades, os profissionais consideram que as estratégias para melhorar a aprendizagem devem ser focadas na abordagem longitudinal ao longo do curso, em que o estudante deve começar por compreender as diferentes perspetivas da morte:



primeiro a morte de si e depois a morte nos outros e finalmente a morte na família. Apontam estratégias a desenvolver no ensino teórico, no ensino prático, no ensino clínico e nas metodologias em uso.

Relativamente às aprendizagens a consolidar ao longo do CLE, os docentes pronunciam-se sobre quatro aspetos: as aprendizagens a fazer nos diferentes anos curriculares do CLE; a necessidade de ir aprendendo a cuidar da família; o integrar os contributos das diferentes UC e compreender diferentes perspetivas da morte.

Antes de aprender a cuidar do outro que está morrendo é necessário começar por refletir e analisar as questões internas e externas da morte em si em diferentes níveis de complexidade, de modo a elaborar o significado da morte para posteriormente compreender a morte do outro.

*Primeiro abordar a morte neles e depois é que ia para o outro e depois para a família do outro. Eu acho que estruturava assim. Primeiro trabalhar eles próprios.* D2.43.

*Não podemos pôr os estudantes a debruçar-se, ou falar na morte da criança, ou do adulto, ou do idoso, sem eles primeiro trabalharem o seu conceito de morte. O que significa para eles a morte? Como vêm a morte? As diferentes perspetivas culturais e religiosas da morte.* D7.30.

Os relatos orientam para que antes de aprender a cuidar do outro e da sua família, o estudante saiba situar-se numa perspetiva de análise interna do que é a morte para si, tendo em consideração as suas vivências, cultura, valores e orientação espiritual de modo a serem capaz de equacionar o que representa a morte? Que sentimentos e emoções afloram? Como lidam com os medos e inseguranças?

Diferentes autores defendem a necessidade dos enfermeiros desenvolverem competências emocionais ao longo da formação. A pedra angular das competências emocionais básicas é o autoconhecimento, ou seja, a consciência dos nossos próprios sentimentos no instante em que eles ocorrem (Goleman, 2002).

O profissional treinado para fazer a auto-observação pode tomar consciência, dos sentimentos vividos em situações que envolvem grande complexidade. Desenvolver a consciência do sentimento de si é essencial para o trabalho de compreender e conhecer as próprias emoções e sentimentos e adquirir alguma regulação emocional, em alternância ao recurso a estratégias defensivas para reprimi-las. Ter autoconsciência de si pode ser, estar vigilante dos estados íntimos (Goleman, 2002). Orientar o ensino de enfermagem para uma prática humanista e científica leva à compreensão de que cuidar implica educar, respeitar, estar autenticamente presente, lidar com as suas emoções,

estabelecer compromisso e relação com o utente e com a família (Watson, 2002). Pelo que é imperativo que se desenvolva no CLE o conhecimento de si e que o estudante compreenda o que significa para ele a morte.

*Considero também que tem que haver algum trabalho ao nível de algumas unidades curriculares de desenvolvimento pessoal e de conhecimento pessoal. D7.29.*

*O 1º ano deve dar aportes suficientes do ponto de vista do auto conhecimento, da descentração de si próprios, (...) que eles referem como sendo aulas importantíssimas do ponto de vista de despertar para o outro, do conhecimento do outro e perceber que este exercício do ponto de vista cognitivo deve ser uma operação complexíssima. D11.18.*

A intenção da educação para a morte, ao longo do curso, é a de ajudar o estudante a desenvolver uma prática de cuidar humanista e científica, que não se pode traduzir por fazer, ou sentir qualquer coisa, pressupõe que se vão adquirindo competências específicas em termos físicos, intelectuais, psicológicos, espirituais e emocionais e que faça uso desses adquiridos como quadro de referência, na resposta e na gestão das necessidades dos doentes (Scotto, 2003).

Na compreensão da morte no outro sugerem que no 1º ano deve ser feita uma abordagem genérica ao tema, integrada na interpretação do modelo de Virgínea Henderson, mas sem envolver as questões mais complexas, como o sofrimento, a desfiguração, as perdas e a agonia. O estudante deve começar a aprender a descentra-se de si e ser capaz de se centrar no outro.

*Perceber que há reações perante a morte, o luto no sentido de perdas e não só perda da vida. (...) Ficava por aqui no 1º ano, evitava que os alunos se confrontassem com o sofrimento e com a agonia. D2.35.*

*Se no 1º ano eles estudam a Virgínia Henderson que fala das necessidades humanas fundamentais e diz que o enfermeiro deve cuidar quando não há vontade, conhecimento, saberes ou força e também acompanhar o doente para ter uma morte serena. E o que é isto de morte serena? D6.44.*

No curso de enfermagem a introdução ao tema da morte pode ser elaborada em diferentes disciplinas. A antropologia, a psicologia, a fisiologia e a enfermagem podem dar diferentes contributos para a compreensão do fenómeno. Schliemann (2009) considera que a história da morte e do morrer, aprofundando aspetos ligados a rituais e a culturas de cada momento histórico, pode ser uma forma de iniciar o tema. A autora refere que os estudantes reagem com curiosidade tanto à morte na idade média, como à cultura das unidades de cuidados intensivos (UCI) atuais. Sendo fundamental discutir as fases da morte descritas por Kübler-Ross, para posteriormente as poderem identificar

em doentes e familiares. “Este exercício pedagógico dá conforto e confiança aos estudantes que se sentem mais protegidos da temida morte” (Schliemann, 2009, p. 41).

O processo de formação iniciado no 1º ano em fundamentos de enfermagem, deve ser dado continuidade, numa abordagem ao longo do ciclo vital, de modo a que no final do CLE o estudante saiba prestar cuidados de fim de vida em todas as etapas da vida da pessoa, e pelo menos, no 4º ano integrar o cuidar da família.

*A filosofia dos cuidados paliativos foi introduzida no 2º ano e é necessário dar continuidade do que é paliar numa criança e o que é isto de paliativos na criança e na família. D6.49.*

*Embora os conhecimentos devam ser também transversais, mas no 4º ano faz-me todo o sentido que fizéssemos esta abordagem da família. Até porque ele já pode cuidar. E vai ter um estágio muitas vezes em unidades de cuidados na comunidade que é facilitador. D5.39.*

A perspetiva dos docentes é partilhada por Kaye, Gracely e Loscalzo (1994) e Paiva (2009) que defendem uma educação longitudinal, ao longo da formação, voltada para o cuidar de pessoas e famílias a viverem processos de fim de vida, no qual se incluem os temas da morte e do morrer, cuidados em fim de vida, controlo da dor e alívio dos sintomas, apoio e orientação à família. Os docentes pronunciam-se sobre a necessidade da abordagem longitudinal ser integradora e sustentada nos contributos das diferentes disciplinas, porque a morte como fenómeno complexo tem de ser entendido numa conjugação de múltiplas perspetivas.

*Acho que a morte também deve ser abordada, do ponto de vista fisiológico. É necessário que eles ao longo do curso, consigam de facto entender a morte nestas diferentes teias de complexidade das dimensões que elencamos: fisiológica, social, simbólica, espiritual. D11.19.*

*É um tema delicado. Provavelmente pode ser abordado em diferentes disciplinas desde a ética à enfermagem e pode ser abordado consoante a exigência e o perfil de saída que se pretende. D9.22.*

A complexidade do tema da morte pode ter diferentes abordagens. Na enfermagem aparece sob dois aspetos distintos: ou numa dimensão objetiva, como fenómeno natural, biológico, inevitável e igual para todos os seres; ou numa dimensão subjetiva, como evento existencial e vivida de modo diferente por cada pessoa, isto é, a morte é simultaneamente semelhante em todas as pessoas e humanamente diferente de pessoa para pessoa. É necessário que os estudantes no final do curso consigam mobilizar os saberes necessários para a profissão numa perspetiva integradora e articulada de diferentes tendências de conhecimentos: objetivo, subjetivo, prático e especulativo.

Como conhecimento prático objetivo temos as regras, procedimentos e princípios de enfermagem e os fundamentos éticos. O conhecimento prático subjetivo, refere-se à sabedoria prática, ao insight sobre o que deve ser feito, à prudência, ao juízo clínico, à habilidade manual e à intuição criativa. O conhecimento especulativo objetivo, inclui as ciências naturais, os conhecimentos de biologia e anatomia, as ciências humanas e a ciência de enfermagem. No conhecimento especulativo subjetivo situa-se a intuição estética e o conhecimento pessoal de si mesmo (Carvalho & Rossi, 1998).

Nas estratégias para abordar o tema no ensino teórico, os profissionais sugerem estratégias de choque e outras que usem as tecnologias que os estudantes estão habituados, como vídeos, painéis, blogues temáticos e workshops.

*Os alunos, nesta fase, se calhar vir a estas aulas não é importante. Mas penso que se forem chocados, se forem impressionados, é um primeiro passo para chamar a atenção para os despertar.* T9.44.

*Se eu fosse aluno gostava que me dessem testemunhos dos profissionais de saúde e do cuidador. O dar exemplos reais. Isto podia ser presencial, ou através de um vídeo ou de uma entrevista gravada.* T10.27.

*Deveriam ter mais suporte teórico de conhecimentos sobre o doente em fim de vida, fazer trabalhos de pesquisa que os ajudem e não é só chegar ao estágio e ter alguns conceitos vagos.* T7.17.

A prática pedagógica do ponto de vista da sua multiplicidade, complexidade e pluralidade exige além dos recursos da inteligência, os saberes do confronto contingencial mobilizados nas relações de sala de aula e mediados pela ética e expressos num agir prudente, onde a razão pedagógica torna-se uma razão prática, na procura da superação do modelo de racionalidade técnica e científica em busca de um processo ensino-aprendizagem que pressupõe interação com o outro para construção do novo. De acordo com Guathier (1998) a prática pedagógica é complexa e plural, exigindo para além dos saberes técnico científicos, os saberes experienciais e uma reflexão individual e coletiva, mediada pela ética, num contexto sócio histórico no qual os professores e estudantes vivem. Abordar diferentes formas de morrer e o modo como cada pessoa sente a experiência e se posiciona perante a morte pode ser uma estratégia de enfrentamento da temática.

O uso de tecnologia informática pode proporcionar metodologias diferentes e capazes de interessar os estudantes. A pedagogia, como refere Camlong (1999, p. 16) “deve ser adaptada à evolução dos meios disponíveis para a formação do cidadão, que de dia para dia e cada vez mais jovem tem um contacto prático com as novas ferramentas que

utilizam tanto no terreno público, como privado”. De modo a evitar que o mundo escolar não seja um mundo fictício, à margem da realidade quotidiana.

*A aula expositiva é importante, mas já estamos noutra fase. O tipo de enfermeiro hoje é diferente do que nós tínhamos há uns anos atrás e nós temos que acompanhar a evolução e criar outras estratégias inovadoras no ensino. T10.51.*

*Um blog temático que preparasse os alunos para ajudar as pessoas no fim da vida. (...) um blog que fosse teórico, mas com atividades, tipo workshops. D5.16.*

A investigação tem demonstrado que acrescentar o uso de Novas Tecnologias da Educação (NTE) nas atividades pedagógicas, às atividades já existentes na escola, sem nada alterar nas práticas habituais de ensinar, não melhora os resultados na aprendizagem (De Corte, 1993; Jonassen, 1996; Thompson, Simonson & Hargrave, 1996, cit in Miranda, 2007). Os media educativos por si só, não influenciam o desempenho dos estudantes. Os efeitos positivos só se verificam quando os professores desenvolvem atividades desafiadoras e criativas, que explorem as possibilidades oferecidas pelas tecnologias. Na opinião de Miranda, (2007, p. 44) “é necessário que os professores as usem com os alunos: como novos formalismos para tratar e representar a informação; para apoiar os alunos a construir conhecimento significativo; ou para desenvolver projetos, integrando (e não acrescentando) criativamente as novas tecnologias no currículo”.

Para além do uso das NTE o ensino prático é, no entender dos profissionais, um modo de aprender adequado utilizando as metodologias de simulação que incluem, entre outros, o role-play.

*(...) já tive estudantes que dizem, eu já tive na prática uma situação igual aquela que fizemos em role-play e eu consegui lembrar que linhas orientadoras é que devo ter em conta, e apliquei-as e teve efeito sobre a pessoa. D6.23.*

*Todas as técnicas pedagógicas em que haja interatividade devem ser estimuladas: o rollplay, o metaplano. Não me lembro de utilizar estas técnicas na escola, só agora nas formações que tenho tido. Mas são métodos tão antigos, simples e que parecem ‘parolos’, mas que resultam e não deviam ser esquecidos. T10.50.*

O role-playing, o role-taking, o metaplano são técnicas pedagógicas usadas em aulas práticas para ajudar a mobilizar conhecimentos, identificar dificuldades e desenvolver competências. Como refere Ruiz-Moreno (2004) a espontaneidade mobilizada neste jogo de papéis é preponderante para a aprendizagem, na medida que os sujeitos encontram mais facilidades para mobilizar as aprendizagens e transferi-las para novas situações, que se articulam pela complementaridade ou pela contraposição. Esta técnica não pretende representar a ‘realidade total’, mas fornece a possibilidade de manipulação

e controlo externo ou interno, o que facilita a observação dos estudantes em ação e a oportunidade de se reverem em situações de maior complexidade (Yardley, 2001).

O principal interveniente no processo de aprendizagem é o estudante, sendo uma estratégia adequada apoiar do exterior o processo de aprender, promovendo o acesso a experiências significativas e em diferentes contextos, mas o estudante também tem de estar envolvido e procurar aprender com as situações que se vivem naquele contexto clínico.

*Se um estudante está motivado, quer aprender, está atento às situações, vai aprender sempre e aquela experiência valeu-lhe, ajudou-o a ser enfermeiro. Outro que está ausente, não se interessa, não capta a experiência como algo positivo. Tem medo até de se aproximar. Ambos podem ter as mesmas condições, mas cada um capta e apreende as coisas de forma diferente. T11.64.*

Para além do interesse e motivação dos estudantes, tende a aprende-se melhor em contextos ricos, complexos e multissensoriais, pelo que o orientador deverá ser mais um ‘construtor’ de contextos aprendentes, do que um instrutor de caminhos lineares, pobremente relacionáveis e faseados do tipo ‘step-by-step’ (Jensen, 2000). No que se refere à importância da formação experiencial. Identica opinião é partilhada por Josso (2008, p. 123) referindo que “enquanto professores, formadores, devemos imperativamente desenvolver pedagogias que ofereçam aos aprendentes a possibilidade de realizar experiências”.

Outra metodologia em uso é proporcionar situações de partilha de experiência entre os pares como forma de tomar contacto com o fenómeno da morte por intermédio de outro colega que o viveu de modo diferente.

*Os outros estudantes também aprendem com a análise das situações. Eu sempre fiz isso, utilizei muito as estratégias de partilha em grupo, porque os outros alunos também aprendem com as dificuldades dos pares. D12.50.*

*Um estudante que tenha vivenciado o fenómeno da morte transmitir a sua experiência para outro estudante que continue sem fazer a mínima ideia, ou que o conceito de morte é apenas uma coisa falada nas aulas, ou que tenham vivido isso de forma pessoal, é muito diferente do que ter, mais uma vez, alguém, um enfermeiro ou um docente a falar sobre isto. T9.24.*

A partilha entre pares é útil e vem contrariar a ideia de que apenas pessoas treinadas para tal são capazes de ensinar e de educar. Os conhecimentos, valores, teorias e receitas do ‘como fazer na prática’, estão constantemente em fluxo, sendo transmitidos de uma pessoa a outra. Cada pessoa por si mesma é um organismo original e único, transformado pela socialização através de múltiplos momentos de aprendizagem. Uma

das formas de aprendizagem poderão ser as situações de partilha de situações de vida, com troca de significados, reformulação de saberes, de valores, de ideias e de diferentes técnicas (Brandão, 2005).

Para além da partilha de experiências, as metodologias mais sugeridas para os ensinamentos clínicos são: a reflexão sobre a prática, o planeamento de um projeto de aprendizagem pessoal, a elaboração do jornal de aprendizagem, o registo de incidente crítico e o processo avaliativo. Os profissionais apontam vantagens e fragilidades na utilização de diferentes instrumentos, mas como refere uma professora, todas as estratégias podem ser boas, se bem utilizadas.

*Todos os instrumentos de aprendizagem e todas as estratégias são boas, eu tenho é que ajudar o estudante a utilizar corretamente aquele instrumento, ver como é que ele aprende melhor, ter a sensibilidade para ver como o estudante se pode ajustar. Mas isto é difícil de conseguir com grupos grandes. D10.22.*

O uso de metodologias que levam o estudante a escrever sobre as suas experiências, permite que simultaneamente se opere um processo reflexivo que pode ser transformador.

*O que lhes é pedido é que façam um diário de aprendizagem, uma reflexão, por escrito para no dia-a-dia irmos falando das suas angústias, os seus medos, as suas dificuldades de modo a podermos ultrapassar qualquer situação que lhes seja mais intimista para eles não ficarem em stress nestas situações de aprendizagem. T7.15.*

O escrever para aprender proporciona desenvolvimento da reflexão, na procura de expressar por escrito o pensado e, deste modo, exteriorizar e comunicar o que está no íntimo facilitando o percurso reflexivo (Pereira, 1995). A reflexão sobre o vivido é uma aprendizagem que envolve aspetos cognitivos e afetivos procurando o sentido individual e coletivo. Rever a sua prática examinando conflitos, frustrações tem em conta o ponto de vista do sujeito na construção do seu próprio conhecimento (Kovács, 2009). Como referem os docentes é difícil ajudar grupos numerosos de estudantes a refletir em diferentes ensinamentos clínicos, mas solicitar um diário de aprendizagem permite ao redator focar-se sob diferentes perspetivas, a de cuidador e a do ser cuidado.

*Os diários de aprendizagem ajudam o estudante a construir essas competências e a ver as duas perspetivas, a de cuidador e a de ser cuidado, num determinado contexto e face a uma situação ou acontecimento. Isto promove o autodesenvolvimento. T4.35.*

O ensino de enfermagem, como refere Pereira (1995), procura relacionar o conhecimento teórico com as experiências vivenciadas pelo exercício da reflexão, entendimento, descoberta e imaginação, os quais são enriquecidos pelos trabalhos

escritos, culminando no desenvolvimento e entrelaçamento do pensar, conhecer e escrever, num esforço para entender o apreendido na escola e o vivido nos encontros com os clientes.

As metodologias que apelam ao uso da reflexão devem ser entendidas por formandos e formadores como estratégias para melhorar o processo de ensino aprendizagem. Uma enfermeira identifica a falta de motivação e o sentido de obrigatoriedade sentido pelos estudantes, como fatores que podem inquirar o processo de aprendizagem.

*O papel é branco, leva o preto que a gente lhe puser lá em cima ... e eles fazem aquilo porque têm que entregar, e porque têm que ser avaliados. A reflexão é mais como uma obrigação que o estudante tem, e não uma vontade de refletir, ou de repensar as suas práticas. T8.22.*

Um dos propósitos da aprendizagem autorregulada passa por conferir um papel central às atribuições dos estudantes, à sua perceção de competência, e ao uso de estratégias adequadas para atingir os seus objetivos. Os teóricos da autorregulação consideram a aprendizagem como um processo multidimensional, que envolve aspetos pessoais (cognitivos, emocionais e motivacionais), comportamentais e contextuais. Deste modo, a aprendizagem é um processo dinâmico e aberto, que requer atividades cíclicas por parte do aluno e que pode ocorrer em três fases: a fase prévia, o controlo volitivo e autorreflexão. A aprendizagem autorregulada envolve para além da cognição, a motivação, a metacognição, a volição e o afeto (Zimmerman, 2000). Se estes elementos não estão presentes o processo pode ficar adulterado. Como salienta esta tutora, a falta de autenticidade no processo formativo, não é a forma adequada de aprender.

*Eu acho que há muita coisa escrita que passa de uns alunos para os outros, o professor pensa que aquele documento é de novo ... e aquilo já rodou, já vem de trás, já foi passando de uns alunos para outros. T8.25.*

A aprendizagem feita na prática ficará acrescida se houver uma prática refletida, verdadeira e autêntica que facilite a análise da situação, o questionamento e a construção de novos saberes, que se originam do aprender a fazer fazendo e refletindo sobre os problemas, escolhendo as estratégias possíveis e implementando ações que serão posteriormente validadas. A este tipo de conhecimento Schön (1987, cit in Alarcão, 1996a) chama de ‘*conhecimento na ação*’, mas que pode ser adulterado se o estudante não investe, não se envolve, não tem iniciativa ou usa o material dos pares.

A metodologia de projeto de aprendizagem, usada no ensino clínico, pode ser uma estratégia adequada, se inserida num projeto mais abrangente, o da instituição. Como



referem os tutores necessita de estar inserida num contexto exequível e não ser uma transcrição de outros projetos anteriores.

*Estamos a utilizar muito o projeto e os jornais de aprendizagem que são boas metodologias se bem usadas. Não basta o professor pedir um projeto, porque o que fazem os estudantes? Vão ao banco de dados da associação de estudantes e copiam pelos trabalhos que lá há. D8.27.*

*A metodologia de projeto em si é boa. Mas, às vezes, há muitos projetos não são bem desenvolvidos. É o que dá jeito! Ou o que fica bem na hora! E, às vezes, não é muito eficaz para o que se pretende. T8.24.*

A noção de projeto não é das ciências da educação, e de acordo com Bireaud (1995), pode assumir três níveis de utilização: a empírica, a teórica e a operatória, podendo ser elaborado na perspetiva pessoal, coletiva ou institucional. “A pedagogia de projeto no ensino superior deveria, por um lado, ter em conta o projeto pessoal do estudante e, por outro, ajuda-lo a formular um projeto profissional a integrar a formação nesse projeto” (Bireaud, 1995, p. 163). Na perspetiva educativa este pode ser um projeto educativo, um projeto individual profissional e um projeto pedagógico. Enquanto o projeto educativo privilegia a dimensão coletiva, o pessoal pode inserir-se num projeto coletivo ou institucional. “Na elaboração desse projeto vai utilizar, do seu meio envolvente, atores involuntários, que sem quererem dão a sua contribuição e atores voluntários que procuram facilitar, ou contrariar o projeto do agente” (Bireaud, 1995, p. 162). O que se verifica, muitas vezes, é o estudante desconhecer a missão e as características da instituição, que por sua vez ignora o projeto do estudante, reclamando dele atos que não se inscrevem na sua perspetiva pessoal.

### **Síntese das perspetivas sobre o processo de ensino aprendizagem para cuidar em fim de vida.**

A perspetiva sobre o processo de aprendizagem dos estudantes foi analisada sob a ótica dos estudantes e dos profissionais. Apesar dos participantes terem saberes e experiências distintas, há pontos de vista convergentes. Os estudantes não tendo experiência profissional, remetem a sua análise para as aprendizagens construídas ao longo do curso, durante os oito semestres, e apontam algumas sugestões como a necessidade de melhorar a relação pedagógica, aumentar a proximidade do docente nos ensinamentos clínicos e mobilizar metodologias mais interativas para trabalhar as questões ligadas ao morrer. Os profissionais analisam o processo de aprendizagem para cuidar

em fim de vida sob a influência de diferentes variáveis como a abordagem da morte ao longo do CLE e a necessidade da formação estar orientada para dar resposta às exigências sociais. Referem as dificuldades dos estudantes e sugerem estratégias para melhorar o processo de aprendizagem tendo em conta o papel dos formadores e os contextos onde decorrem as práticas clínicas. Algumas dificuldades percebidas pelos profissionais, prendem-se com a falta de aprendizagem social dos estudantes em lidar com a morte, sendo a ideia de morte muitas vezes elaborada através dos media que para satisfazer audiências, ou por falta de sensibilidade, ou de ética jornalística na abordagem ao tema, expõem a dor e o sofrimento da morte e das famílias enlutadas num cenário de banalização despudorada e especulativa. Como refere (Santos, 2009a) o estudante é educado, sem ter outras experiências mais humanas a contrapor ao fenómeno de desvario da morte, pelo que no curso de enfermagem necessita de rever as suas representações, aprendizagens e refletir sobre o fenómeno de modo a construí-lo de forma mais natural, mais humana e mais digno.

O curso de enfermagem pretende formar profissionais para prestar cuidados de qualidade ao indivíduo, família, grupos ou comunidades aos três níveis de prevenção, tendo em conta o contexto histórico, social e político em que se circunscreve o cuidar. Sabemos que historicamente a atuação dos profissionais de saúde e a conotação dos conceitos de cuidar e tratar, não foi sempre idêntica. Até ao século XIX prevalecia a atitude do cuidar. Porém nos últimos dois séculos coloca-se a exigência da cura e da sobrevivência a todo o custo, aliada à desconfiança nas tecnologias e nos recursos de saúde. Atualmente verifica-se que alguns profissionais preocupam-se mais com o tratar, em detrimento do cuidar, tomando como objeto dos cuidados a doença, sem estabelecerem uma relação com o doente e familiares, reconhecendo-o apenas como mais um cliente, sendo sua preocupação o cumprimento das prescrições médicas, acreditando que esta atitude é a correta (Valadas, 2005).

Importa na preparação dos estudantes clarificar algumas dúvidas que vieram a acumular-se nos últimos tempos relativas ao cuidar/curar, de modo que os conceitos sejam compreendidos e aplicados de forma adequada. Collière (2001) refere que, com a ‘medicalização’ dos cuidados houve um deslizamento erróneo da denominação de cuidados para evocar os tratamentos, o que ilude quanto à finalidade e às consequências da substituição cega dos tratamentos por cuidados. Discernir a diferença entre tratar e cuidar é indispensável para recolocar os cuidados, bem como os tratamentos, nas suas

dimensões antropológicas. “Nunca os tratamentos poderão substituir os cuidados, pelo contrário, a carência ou insuficiência de cuidados leva à multiplicação dos tratamentos” (Collière, 2001, p. 146).

Nas componentes teóricas do curso é necessário, para além de clarificar a filosofia dos cuidados de fim de vida, ampliar o conhecimento sobre o conteúdo tanático, embora tal procedimento, só por si, não é suficiente para que o estudante compreenda a morte em toda a sua complexidade. Contudo, possibilitará uma melhor atitude diante dela, proporcionando um agir profissional mais ético, mais filosófico, mais atento e mais humano, preparando profissionais capazes de enfrentar a morte e o morrer (Silva & Ruiz, 2003).

Face às especificidades do cuidar, colocam-se as questões: como formar jovens enfermeiros para esta complexidade? Qual a melhor forma de os capacitar para o cuidar em fim de vida? Uma das respostas pode ser orientar a abordagem da morte pelo ciclo vital e não apenas numa UC, ou num semestre; a preparação para cuidar em fim de vida deve ser gradual de acordo com o desenvolvimento do estudante; a preparação teórica específica sobre o morrer deve preceder o respetivo ensino clínico e os conhecimentos adquiridos devem ser mobilizados para as práticas do cuidar e transferidas para outras situações de modo a fomentar a aprendizagem.

Na pesquisa sobre os planos curriculares disponíveis nos sites das Escolas Superiores de Enfermagem em Portugal, estes incluem pelo menos três componentes, a teórica, a prática e laboratorial e a clínica, sendo a clínica uma das modalidades tradicionais do percurso de aprendizagem, desde o tempo em que esta se iniciava nas instituições assistenciais, num modelo hospitalocêntrico. Apesar da evolução, o ensino clínico continuou a ser valorizado nos planos de estudos dos cursos de enfermagem, o que ainda se verifica pela carga horária que ocupa ao longo da componente curricular, como garante de aquisição de experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz dos futuros profissionais (Alarcão & Tavares, 2007).

É essencial centrar as aprendizagens próximas de uma abordagem à realidade objetiva e subjetiva da morte e do morrer o que implica uma atitude de abertura à compreensão holística e uma atuação contextualizada e colaborativa. A interdisciplinaridade pressupõe a mobilização de saberes disciplinares. Mas, pressupõe também reconstrução e reconceptualização de saberes que vão para além da sua aplicação linear. No modo

como a complexidade dos ensinamentos clínicos progride, a dimensão de interdisciplinaridade vai igualmente progredindo, não só porque aumentam os saberes disciplinares a mobilizar, mas também porque a gradual complexidade das situações assim o exige (Alarcão & Rua, 2005). Dado o aumento da complexidade dos ensinamentos clínicos é exigido aos profissionais (docente e tutor) competências de nível pessoal, de enfermagem e psicopedagógicas, assumindo uma tríade de papéis: pessoa, enfermeiro e professor (Nascimento, 2006). Os tutores, talvez porque trabalham em contextos desfavoráveis para uma prática de qualidade, enfatizam a influência que os contextos de boas práticas têm no processo de aprendizagem, particularmente aqueles em que se valoriza a família, se trabalha em equipa e se prestam cuidados de conforto ajustados à evolução das necessidades dos clientes.

Emerge neste estudo alguma assimetria no ensino de enfermagem entre a componente teórica e prática, o que na opinião de Serra (2007) pode ser explicado pelos contextos históricos e pelas diferenças comunicacionais. A enfermagem enquanto atividade profissional, sempre privilegiou os saberes de natureza prática. Com a introdução de uma componente conceitual que fundamente a prática, que na opinião do autor foi serôdia, e gerou algum desfasamento comunicacional entre os parceiros formativos. Este descompasso agudizou-se com o recente afastamento do corpo docente dos contextos da prática enfermagem, ganhando expressão o papel dos enfermeiros tutores do ensino clínico, o que remete a docência para a função avaliativa, desvinculada da prática e arredada dos locais onde se exerce a profissão. Mas a questão da proximidade pedagógica é questionável, e a arte reside em saber alternar e dosear a distância na proximidade, como referem Albuquerque, Graça & Januário (2005, p. 42) “os orientadores têm de ser capazes de manter a distância (função de avaliação) na proximidade (função de apoio)”. Também Sá-Chaves (2000b) defende que o supervisor deve criar algumas situações de distanciamento que podem ser essenciais para a compreensão dos fenómenos em estudo pela maior amplitude e abrangência das interpretações e, também, pela eliminação das hipóteses de contaminação da análise que a proximidade pode comportar.

Aprender a lidar com a morte e o morrer implica um processo exaustivo de incorporação que passa pelas condições cognitivas, afetivas e emocionais. Desta forma é preciso que o estudante no seu percurso, até se tornar profissional, seja ajudado a escrever e a refletir sobre si, sobre os outros, sobre o cuidar e sobre a vida e a morte,

pelo que devem ser estimulados a identificar os seus sentimentos e reações emocionais, bem como a dos doentes e das famílias, avaliando a experiência dos clientes com os processos de transição ligados à doença e a morte. Nesse sentido (Stevens, Long & Barner, 2003, cit in Marchand, 2008) propõem vários desafios pedagógicos aos docentes: estimular a aprendizagem autodirigida, conduzindo os estudantes a assumir maior responsabilidade na organização do seu currículo escolar, encorajar a identificar projetos inovadores e a trabalhar com problemas deficientemente estruturados; procurar trazer os estudantes para o centro da comunidade de aprendizagem; reconheçam as implicações emocionais que acompanham este processo ajudando-os a analisar os seus sentimentos; incentivam os estudantes a pensar de forma mais reflexiva, mais dialética e mais dialógica, o que nem sempre é conseguido.

É necessário explicar ao estudante que a reflexão escrita pode ajuda-lo a desenvolver aspetos, como saber escrever de forma correta o vivido; refletir sobre o acontecimento; integrar o expressivo e o referencial; elaborar a narração com um carácter histórico e longitudinal (Zabalza, 1994). Os documentos escritos são um meio “de que estudante e professor se servem para intro e retrospectivamente pensar, de modo refletido e tranquilo, sobre a ação, situando-se na perspetiva que defende a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação” (Paixão & Costa, 2004, p. 87).

Nas reflexões mencionam, por vezes, a vontade de fugir do ensino clínico ou desertar do curso. Ao enviarem aos supervisores clínicos as reflexões escritas, questionam se a autenticidade com que se expressam não os poderá prejudicar em termos avaliativos. Por outro lado esperam obter o feedback do professor e consideram uma falha no processo quando tal não ocorre.

Neste aprender a acompanhar a pessoa em fim de vida há que acolher as expressões do medo e ansiedade e outras emoções que surjam face à morte, para que haja o reconhecimento dos fatores que destabilizam as pessoas, de modo a que o relacionamento entre profissionais e utentes seja mutuamente terapêutico, como refere Penha (2009) e não se permitir uma postura de ignorância, rejeição ou de escamoteamento das fragilidades dos estudantes, muitas vezes ensombradas pelo espectro de uma avaliação castradora.

O processo de formação de profissionais críticos, criativos, reflexivos, capazes de assumirem compromissos políticos e de enfrentar os problemas complexos que se apresentam na sociedade atual e, especificamente, na área da saúde e da ética pressupõe,

na opinião dos profissionais, a autonomia dos sujeitos nesse processo de formação, e o uso de metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem, que possibilitem aos estudantes ocupar o lugar de sujeitos na construção da sua aprendizagem, tendo o professor /tutor como facilitadores e orientadores do percurso. Para tal os profissionais devem fomentar o uso de metodologias facilitadoras da compreensão da realidade concreta do estudante que inclui a necessidade de se trabalhar, além dos aspetos técnicos, as emoções e as relações interpessoais, no sentido de desenvolver saberes, valores e atitudes, considerando que a prestação de cuidados de enfermagem é realizada por sujeitos também portadores de valores, culturas e ideologias que valorizam o ser humano (Fernandes, Rosa, Vieira & Sadigursky, 2008).

O autoconhecimento do profissional de saúde é vital para estabelecer um relacionamento interpessoal adequado com os clientes no processo de cuidar. Conhecer-se a si mesmo possibilita ao sujeito tomar consciência das próprias limitações, fragilidades e também descobrir e permitir melhor usufruto das suas potencialidades. É necessário que o profissional de saúde compreenda que as diferentes características individuais fazem parte da natureza humana. A consciência da individualidade e da unicidade facilita a adoção de atitudes de maior tolerância quanto aos próprios limites, à possibilidade de errar, de não conseguir, de não suportar certas circunstâncias de vida e de trabalho difíceis, e a mesma lógica permeará a sua interação com as pessoas cuidadas (Hoga, 2004).

No percurso de aprender o que a morte tem para nos ensinar, as lições são sempre muito profícuas. Como refere Kübler-Ross (1991, p. 9) ao sentar no leito de um moribundo e de o escutar, “percebemos que eles sabem quando a morte está próxima. E se os profissionais não ignorarem o facto e continuarem sentados escutando, a pessoa dirá o que deseja partilhar e depois da sua morte virá uma sensação agradável por a ter levado com seriedade”. Partilhar a experiência de fim de vida com os moribundos contribui para aprender sobre a morte e até mudar de paradigma construído entre o tabu social e a espetacularidade dos media. Não existe uma única conceção de morte, a enfermagem ensina a reprogramar os fenómenos multiculturais, onde se privilegiam todas as dimensões da pessoa, incluindo a abordagem espiritual, em que a morte é o abandono do corpo físico, tal como a borboleta abandona a crisálida (Kübler-Ross, 1991).

Para que o estudante aprenda a desenvolver a ética do cuidar precisa de ser educado numa pedagogia que gere solidariedade, precisa de olhar para o sujeito que ensina

(docente da escola, ou tutor da prática) e para a sua capacidade de estabelecer vínculos consigo mesmo e com o outro, numa relação de receptividade, compromisso e de respeito. Nos processos de vivência e reflexão que podem ocorrer em diferentes contextos, na escola ou nos locais da prática, deve-se incentivar a ligação entre o saber e sentir na construção de uma consciência profissional e de um cuidar humanizado, em que se aprenda que estar com o outro, é estar consigo mesmo. A empatia, a capacidade de pôr-se no lugar do outro sem o julgar, é a condição essencial para o desenvolvimento da consciência ética (Assmann & Sung, 2001).

No relato dos participantes emerge a necessidade de desenvolver a consciência de si, por um processo de autoeducação, promotora da serenidade necessária para que haja melhores condições para lidar com as significações arcaicas da morte transformando a proximidade desse instante numa oportunidade evolutiva. É também necessário aprender a reconstruir o sentido da dor, do sofrimento, e do destino do ser através de um processo, não baseado apenas em crenças religiosas, mas numa ação pedagógica que permeie todas as fases da vida. Como refere Penha (2009, p. 99) “é curioso notar que atualmente só cuidamos da educação para a vida”. Na formação dos enfermeiros é necessário apresentar propostas para a compreensão da morte, que num processo educativo instrumentalize não só o ser profissional, mas o eu sujeito, fonte de manifestação da vida, para que este possa lidar com as representações emanadas das diferentes significações da morte.

Uma das significações propostas para a enfermagem vem de Watson (1998) que sugere a visão metafísica como substrato capaz de resgatar ideias fundamentais que emergem a alma do abismo aberto pelos excessos da tecnologia. A autora considera que o desenvolvimento de um conjunto teórico e filosófico fundamentado nos princípios transcendentais é capaz de despertar a necessidade de integração e harmonia entre o corpo, a mente e a alma. Sendo a natureza humana entendida como um espírito que habita o corpo, não restrito a uma dimensão espaço temporal. Este conceito leva à noção de que somos seres que interagem por dimensões próprias, com capacidade de coexistir com o passado, presente e com o futuro e que continuarão a existir no tempo, apesar da perda do corpo físico, mas a essência e o espírito continuam a existir na sua jornada própria, noutras dimensões. Este cuidar a partir de um olhar espiritualizado, sugerido por Watson (1998) pode estimular uma prática de cuidar em enfermagem mais humano, mais integrada em que o processo de cuidar transcende os limites físicos e limitados

da matéria, para o cuidado da essência do ser, que no processo de morrer encontra um projeto infinito e um sentido transcendente para a existência, como corrobora Penha (2009).

Não há só uma estratégia no processo de aprendizagem, mas muitas estratégias e métodos podem ser usados e mobilizados em diferentes contextos de aprendizagem, quer no ensino teórico, teórico-prático e clínico. Como salienta Shön (1998) existem alguns mecanismos de formação que são sugeridos como instrumentos suscetíveis de favorecer a tomada de consciência e as transformações do habitus: a prática reflexiva; a mudança nas representações e nas práticas; a observação mútua; a metacognição; a escrita clínica; a vídeo formação; a entrevista de explicitação; a história de vida; a simulação; o desempenho de papéis; a experimentação e a experiência. Sendo vários os fatores que contribuem para a aprendizagem do cuidar em fim de vida, diferentes autores têm analisado esta questão, selecionando a opinião de Rabiais (2010), que embora admita existirem outros, destaca como fatores facilitadores da aprendizagem do estudante, próximos dos referidos pelos participantes deste estudo: a valorização dos seus sentimentos; a valorização do stress; a valorização da ansiedade; a oportunidade de exprimirem as suas preocupações e a sua opinião e o apoio dado pelos professores e tutores. A figura 13 sintetiza não só os aspetos mais deficitários no percurso do estudante, como as sugestões para as minimizar.



Figura 13. Síntese das críticas e sugestões ao processo de ensino aprendizagem

D I F I C U L D A D E S	ESTUDANTES	PROFISSIONAIS
	<p>Falta UC teórica agregadora do tema, Falta de preparação para cuidar do doente e da família, Deficit de treino simulado em práticas laboratoriais, Pouca supervisão clínica do docente, Falta de preparação para as exigências do E.C., Proliferação de E.C. de curta duração, Dispersão por múltiplas atividades durante o E.C., Sobrecarga com trabalhos durante o EC, Falta de suporte emocional para lidar com o sofrimento.</p>	<p>A morte é um tabu que urge desmistificar, Falta de experiencia social com a doença sofrimento e morte, Deficit de conhecimentos e dificuldade em mobiliza-los, Atitudes relacionais e sociais não desenvolvidas, Falta de reflexividade no cuidar, Valores humanos pouco estruturados, Falta de disponibilidade dos docentes por sobrecarga laboral, Contextos de ensino clinico desapropriados, para a aprendizagem.</p>
S U G E R E S T I O E S	<p>Uso de metodologias interativas para abordar a morte, Promover a relação pedagógica, Melhorar o apoio e a proximidade do docente nos E.C., Compreender o significado da morte em si antes de abordar a morte do outro, Aprender a gerir emoções e adotar estratégias de coping para lidar com o sofrimento.</p>	<p>Abordar o tema da morte progressivamente ao longo do curso. Primeiro a morte em mim depois a morte do outro, Aprender a integrar e mobilizar diferentes saberes, Aprender a refletir sobre a prática, Aprender a incluir a família no cuidar, Aprender a integrar e mobilizar diferentes saberes, Usar metodologias de ensino interativas (partilha de experiencias, uso de simulação, jornais de aprendizagem).</p>

#### 1.4. COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR PARA CUIDAR DE PESSOAS EM FIM DE VIDA

*“Impressiona-nos sempre a morte,  
não por ser a morte de este ou de aquele,  
mas por ela continuar a existir,  
sendo objetivamente um escândalo.”*  
(Prado, Coelho, 2005)

As escolas de enfermagem pretendem formar enfermeiros prestadores de cuidados gerais, com um nível de desempenho profissional capaz de fazer uma aplicação efetiva do conhecimento, da capacidade de agir e de ajuizar. Estas competências implicam o uso de capacidades que vão para além dos saberes e das técnicas em que os profissionais integram diferentes domínios (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A competência não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou ‘*know how*’ específico. É o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, técnica e científicas nutridas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo sistema de avaliações, como refere Le Boterf (1995) competência é um saber agir responsável e reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos necessários, os recursos e as habilidades, no contexto profissional de cuidar.

A competência profissional é a capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício de uma situação profissional, é a capacidade de mobilização de saberes: saber-fazer, saber-ser e saber-agir (Depresbiteris, 2001).

Não há um domínio especial, ou específico de competências do enfermeiro para cuidar as pessoas e famílias que estão viver processos de fim de vida, no entanto pretende-se analisar neste capítulo o modo como formandos e formadores estão sensibilizados ou atribuem importância a diferentes aspetos práticos das competências genéricas, nesta área do cuidar em enfermagem. Verifica-se que tanto os estudantes quanto os profissionais valorizam na generalidade o mesmo tipo de competências, embora quanto à sua especificidade haja aspetos referidos de forma diferente em função dos conhecimentos e experiências dos três grupos de participantes.

Relativamente às competências a adquirir para cuidar de pessoas e famílias em processos de fim de vida, não seguimos a taxonomia de um autor para as classificar, ou agrupar, optamos pelo método indutivo, organizando as subcategorias das competências

pelos aspetos comuns identificados nas expressões, ou nos sentidos que os intervenientes foram dando aos seus discursos e àquilo que valorizam como aquisições, para cuidar de pessoas nesta etapa do fim de vida.

Os entrevistados ao referirem uma competência e expressarem a necessidade de a adquirir, ou de a desenvolver, não estão a apontar para um nível escalonar de mensuração. Ao salientarem que não têm, ou que precisam de desenvolver, ou treinar, não se situam num modelo de avaliação de competência como o MIT I/T, referido por Setzer (1999) cujos níveis se situam em ‘nenhuma’, em desenvolvimento’, ‘proficiente’, ‘forte’ e ‘excelente’, que este modelo propõe. Nesta etapa de formação também não se considera o conceito de ‘*competência total*’. Tendo em conta os relatos, qualquer alusão a aspetos diferenciados expressa um autoconceito, uma perceção, ou uma reflexão e não um nível de mensuração, visto que o material empírico foi colhido numa abordagem qualitativa.

São valorizados os seguintes domínios de competências: cognitivo, relacional, afetivo, ético, reflexivo e social. Contudo há diferenças de opinião nos participantes. Os docentes consideram importante a integração e interligação de diferentes competências e de diferentes tipos de saberes, enquanto os estudantes referem-se à dificuldade em as adquirir, conforme sintetiza o quadro 14.

Quadro 14. Competências a desenvolver para cuidar em fim de vida

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>UR</b>
1) Competências a adquirir pelo estudante para cuidar em fim de vida	1 a) Domínio cognitivo	1. a.1) Saberes teóricos:	
		Adquirir formação sobre o fim de vida	(E=10)
		Saber identificar necessidades formativas	(E=5)
		Construir e mobilizar saberes conceptuais	(D=6) (T=5)
		1. a.2) Saberes Processuais:	
		Abordar o cliente nas diferentes dimensões da pessoa	(T=7)
		Utilizar os instrumentos básicos de enfermagem	(T=6)
		Proporcionar bem-estar	(E=6) (D=3) (T=3)
		Avaliar e controlar sintomas	(E=7) (D=3) (T=13)
	1 b) Domínio relacional	Saber estar com o outro	(E=16) (D=4) (T=4)

		Saber comunicar	(E=9) (D=5) (T=15)
		Estar atento à comunicação digital e analógica	(D=14) (T=19)
	1 c) Domínio afetivo	Autoconhecimento	(E=3) (D=6) (T=6)
		Centrar-se no outro	(D=4)
		Lidar com as emoções	(E=10) (D=1) (T=4)
	1 d) Domínio ético - valores da profissão	Valores de cidadania antes do curso	(D=4) (T=1)
		Respeito	(E=9) (D=8) (T=9)
		Outros valores como: responsabilidade, autonomia, sinceridade	(T=5) (D=2)
	1 e) Domínio da reflexão		(E=4) (T=3)
	1 f) Domínio da cooperação		(E=6) (T=2)
	1 g) Integrar diferentes domínios de competências como generalista		(E=4) (D=7)
	1 h) Dificuldades em adquirir competências		(E=16)

### **Competências para cuidar em fim de vida: perspectiva dos estudantes**

Os estudantes consideram que é importante adquirir competências em diferentes domínios. No cognitivo consideram os saberes teóricos e os saberes processuais. No domínio relacional, salientam várias micro competências como o saber estar com o outro e o saber comunicar tanto na comunicação digital como analógica. No domínio afetivo, valorizam o autoconhecimento e o saber gerir as emoções. No domínio ético salientam, entre outros valores, o respeito. No domínio reflexivo dão importância à capacidade de refletir sobre a prática e no domínio da cooperação o ser capaz de trabalhar em equipa.

Relativamente aos dois tipos de saberes, importa clarificar o que se entende por saberes teóricos e processuais (ou de processo). Os saberes teóricos explicam os problemas e contribuem para formar as estruturas sociocognitivas durante os percursos formativos, na pesquisa e no aperfeiçoamento profissional, enquanto os processuais resultam da reflexão e definem antecipadamente tarefas, ordenando-as em função dos objetivos. São

os esquemas operatórios profissionais, como procedimentos para usar em determinado tipo de situações e que, por isso, atribuem poder ao agir e ao produzir escrita profissional relacionada com as atividades desenvolvidas (Granja, 2011).

Para desenvolver os saberes teóricos, os estudantes consideram que precisam de obter mais formação sobre o cuidar em fim de vida, para tal devem ser capaz de identificar as suas necessidades formativas e de as colmatar.

*(...) o curso é para nos dar uma perspetiva geral, não pode dar tudo, nós temos de estar autónomos, temos de estar alerta para aumentar o nosso conhecimento e saber pesquisar, isso também é uma competência a desenvolver, o procurar saber mais. E12.23.*

*Outra competência que foi importante, para mim, foi o saber pesquisar e procurar o que não sei. O auto formar-me. E19.45.*

A formação dos futuros enfermeiros deve proporcionar a capacidade de inovação e criatividade, dando-lhes a possibilidade de resolver os problemas e os desafios que lhe são colocados. A formação atual visa desenvolver a personalidade de forma equilibrada, com aptidões para se adaptar, transformar ou aperfeiçoar, no contacto com situações novas, preparando o estudante para a formação autodirigida e para a autonomia. Como refere Carvalhal (2003) o sucesso educativo consiste em formar enfermeiros capazes de se reciclarem, adquirirem novas atitudes e capacidades de modo a responderem de forma eficaz às contingências da mudança. A formação não se confina ao curso de licenciatura, sendo percebida por alguns estudantes como um processo ao longo das suas vidas.

*O curso deixou-nos muito despertos e mostrou-nos os caminhos e agora nós é que temos, também, que os desenvolver. E1.14.*

*Bem, ao longo da formação e ao longo da vida, vamos adquirindo mais formação, nas áreas que sentimos necessidade. E12.24.*

É reconhecido que a formação académica não pode ensinar tudo, pelo que é necessário estar desperto para situações formativas de modo a construir um corpo de saberes concetuais que seja coerente e atual. Na opinião de Altet, (2000) espera-se que o futuro profissional conheça as regras, saiba manter uma relação com os conhecimentos teóricos, mas também que seja crítico, pragmático e oportuno, isto é, que seja autónomo e responsável pela sua auto formação.

Quanto aos saberes processuais, consideram que devem desenvolver a capacidade de cuidar para o bem-estar e ser capaz de avaliar e proporcionar alívio dos sintomas de

mal-estar, da dor e do desconforto físico ou psicológico, estar atento aos pormenores, aos gostos, interesses e necessidades da pessoa naquele momento.

*Nós tentamos prestar aqueles cuidados, de melhorar a qualidade de vida, e ver que naquele momento não vamos curar, mas vamos sim, criar condições para que aqueles momentos sejam de menos sofrimento. E2.6.*

*São as pequenas coisas que podemos ainda fazer por eles que proporcionam conforto, que ajudam, a manter a sua dignidade e a ter respeito e a manter a expressão da sua autonomia e da sua vontade. E6.6.*

Os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas ações que são uma imensidão de ‘pequenas coisas’ que dão a possibilidade de manifestar uma ‘grande atenção’ ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares. Hesbeen (2000) considera que essas ‘pequenas coisas’ não se devem confundir com ‘pequenos atos’. São todas as ‘pequenas coisas’ que para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes. Os ‘pequenos gestos’ como ser: caloroso, congruente, preciso, concreto e empático, disponível, amável, ter respeito, humildade, autenticidade, humor, compaixão e afeto por si e pelos outros e saber escutar o utente.

Os relatos salientam a necessidade de estar atento ao outro e ser competente na prestação de cuidados antecipatórios ou preventivos, tendo em consideração as complicações decorrentes dos processos de catabolismo e detioração fisiológica, bem, como o aumento da sensação álgica, ou desconforto.

*O estar atento aos fatores de risco, o antecipar a ação de modo a prevenir possíveis complicações, ou evitar o agravamento da situação. E18.23.*

*Se nós conseguimos aliviar a dor e estar próximo, é o cuidado principal que a pessoa necessita. E1.17.*

Proporcionar alívio da dor e sofrimento não é uma preocupação recente. A fundadora dos cuidados paliativos ensinou que não basta controlar a dor física, mas proporcionar espaço para as pessoas viverem as suas vidas até ao fim. O conceito de ‘dor total’ surgiu da perceção que as pessoas moribundas têm da dor nas diferentes dimensões: física, psicológica, social e espiritual, sendo a perda de amor, de liberdade, de habilidades, de autorrespeito, de paz mental formas de sofrimento que acontece nos processos de doença e de luto (Saunders, 1992).

No processo de cuidar para a morte é fomentado o desenvolvimento das competências relacionais, valorizando o saber estar e o saber relacionar-se dando atenção e sabendo interpretar as mensagens do cliente de modo a adquirir competências na comunicação digital e analógica. Para saber estar com o outro é necessário desenvolver: a empatia, a

escuta ativa, gerir o silêncio, estar atento à mensagem do não-verbal, mostrar disponibilidade, autenticidade, dar confiança e manter a esperança dentro de parâmetros realistas.

*A promoção da esperança, mas no sentido realista. É termos aquela coragem de dizer à pessoa que vai morrer, mas que vamos estar ali, vamos fazer tudo para que ela esteja confortável e que se sinta apoiada até ao fim. E7.5.*

*(...) a verdadeira empatia que nós falamos, é a capacidade de aproximar da pessoa mas distanciar-se o suficiente para cuidar realmente, parece muito bonito de dizer, mas é muito difícil na prática. E2.26.*

*Eu faço questão de explicar de cumprimentar de dizer boa tarde. Porque a pessoa está horizontalizada e faz muita diferença ver o mundo na posição horizontal. Ver as pessoas todas ali e ninguém lhe falar, eu sei o quanto isso custa. Ver tudo de baixo para cima é uma sensação estranha. Parece que não temos limites do nosso corpo. E6.24.*

Verificamos no setor da saúde que por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, mas o prolongamento de situações incuráveis tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afetiva e relacional (Silva, 2002). Pelo que ajudar uma pessoa a ‘morrer bem’, é apoiar o sentido de amor-próprio, a dignidade e as escolhas até ao último momento de vida. “Para o conseguir, devemos prestar cuidados calmos, sensíveis e individualizados a cada pessoa para que a sua experiência humana final, seja livre de dor, sentindo-se reconfortada, por ser vista como uma pessoa digna de cuidados mais atentos” (Rodeia, 1998, p. 112). Sendo as competências comunicacionais consideradas básicas na relação profissional.

*Para cuidar em fim de vida as competências que eu considero mais necessárias são: a assertividade. E10.22.*

*Acho que é necessário desenvolver todos aqueles aspetos da comunicação que nós falamos mas nem sempre treinamos: a congruência, a autenticidade, a verdade, o estar a dizer uma coisa e a sentir outra não faz sentido. E20.51.*

A capacidade de estabelecer a relação com o outro, se não foi aprendido na vida social, tem de ser a escola a promover o desenvolvimento de um potencial de comunicação e de interação, mesmo sabendo que em termos formativos é reduzido o número de horas para as estimular e desenvolver. Comunicar, enquanto arte profissional tem de se aprender, analisar, adaptar e treinar, na medida em que o enfermeiro a usa não só como instrumento terapêutico, mas também como atitude terapêutica, no sentido de promover o bem-estar da pessoa e favorecer a cooperação mútua (Augusto, Simões, Amaro & Almeida, 2004).

*Cuidar da pessoa em fim de vida e da sua família implica desenvolver competências ligadas à comunicação e à relação terapêutica. E6.48.*

Desde a década de 50 do século XX que a interação do enfermeiro com o cliente começou a ser estudada procurando desenvolver diferentes tipos de comunicação. Riopelle, Phaneuf e Grondin, (1993) referem três tipos de comunicação: a quotidiana, ou funcional, permite interagir num nível elementar, a pedagógica ou de educação do cliente e da família, que visa capacitar para o auto cuidado ou para a gestão e promoção da saúde e a comunicação terapêutica ou relação de ajuda, que passa pelo desenvolvimento de recetividade e de partilha, atributos também da comunicação funcional, mas vai mais longe. O estudante precisa de aprender a articular diferentes aspetos da comunicação digital e analógica. Na digital valorizam o conteúdo da mensagem.

*Conseguir estar disponível para ouvir coisas que não são fáceis. Porque a pessoa quando está a morrer se calhar vai dizer-nos coisas que são pesadas, por isso acho que tem de ter esta capacidade de disponibilidade para ouvir algo que se calhar vai ser difícil para ele dizer e para nós escutarmos. E2.27.*

A comunicação verbal é importante para estabelecer e manter o relacionamento com o cliente nesta etapa da vida, mas não suficiente para mostrar compreensão pelos sentimentos e emoções, é necessário dar atenção também à dimensão analógica.

*Ao não-verbal eu não estava assim, digamos, tão atenta. Para estes doentes em fim de vida a comunicação passa muito pelo não-verbal, pelo toque, pela carícia, por transmitir uma tranquilidade, paz, silencio, favorecer a introspeção. E19.44.*

O treino do estudante para aprender a conversar e a cuidar do cliente é fundamental para desenvolver as técnicas de comunicação e relacionamento que vão permear as relações profissionais. Silva (2005) considera que a tarefa dos profissionais de saúde é decifrar e perceber o significado da mensagem que o cliente envia, para poder estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades e com respeito pela condição do doente. Neste sentido os estudantes referem-se ao cuidar ético, valorizando o respeito e outros valores, como manter o cliente informado da sua situação, o pudor pelo corpo, a compaixão pelo sofrimento do outro e assegurar-se de que o cliente é cuidado de acordo com os princípios da sua cultura ou religião.

*Este valor do respeito pelo outro. As diferentes dimensões do respeito. É um valor muito abrangente, muito mesmo só depois de refletir nele é que se percebe que abarca tantas dimensões, o pudor, o respeitar o corpo do outro, o sentir do outro, que pode ser diferente do meu. E19.47.*

*Temos o respeito pelo pudor, a manipulação do corpo da pessoa sem lhe pedir autorização, como ele já não fala e não sabemos se compreende, então tende-se a negligenciar esta atenção para com o outro de lhe pedir e informar que lhe vamos tocar, ou fazer um procedimento, que até pode ser invasivo. E20.53.*



Demonstrar respeito pelo outro é um imperativo para poder cuidar. Na enfermagem o cuidar é físico, objetivo e real, mas na sua essência, a relação entre o cuidado humano e a presença do enfermeiro transcende o mundo físico, material e passa para o mundo emocional e subjetivo da pessoa. É uma utopia dissociar o cuidar de quem cuida e é cuidado. “Cuidar coloca em confronto a individualidade de dois seres, com autonomia e poder diferente e por vezes opostas. Neste contexto, o respeito mútuo representa um princípio ético fundamental, que os estudantes precisam de interiorizar, visto que exige o tratamento de uma pessoa como um fim em si mesmo, e nunca, como um meio” (Augusto, Simões, Amaro & Almeida, 2004, p. 29).

O cuidar ético passa também pelo respeito dos valores, crenças e filosofia do cliente.

*É muito importante respeitar as culturas, os rituais, as crenças e os valores das pessoas e no curso estes aspetos são muito abordados e levamos estes conceitos para a prática. E8.20.*

As ideias que determinam a nossa ação são chamadas de valores. Sem valores Rispaill (2003) considera que não pode haver moral, ética ou regras de ação. Os valores individuais são o reflexo das nossas concepções do verdadeiro, do belo, do bem, que se inscrevem num espectro mais alargado de valores do grupo a que pertencemos, de uma comunidade étnica, familiar, profissional, associativa ou política a que o enfermeiro deve estar atento e valorizar, tendo em conta o quadro de referência do cliente.

Os que cuidam para a morte têm que desenvolver competências não só cognitivas e relacionais, mas também no domínio afetivo e aprender a autoconhecer-se e a gerir as emoções que o fim de vida gera em todos. Ser enfermeiro exige mais do que o simples saber (ele pode memorizar) e do que saber-fazer (os gestos podem tornar-se automáticos). O enfermeiro precisa de desenvolver o auto conhecimento, o seu saber-ser, tanto consigo próprio, como posteriormente com o cliente (Silva, 2002).

*Tanto no sentido de termos competências para falar, como no sentido depois de quando a interação acaba, lidar connosco, com os nossos sentimentos, o que é que estamos a sentir, isso é uma lacuna. E7.24.*

*Mas não é só lidar com a pessoa, também é preciso nós sabermos lidar connosco próprios, conhecer as nossas limitações. E13.64.*

Um dos elementos centrais do relacionamento terapêutico é o encontro do profissional com as suas coraças ou resistências, com o cliente que, por sua vez, também possui peculiaridades enquanto pessoa e está a viver um processo de transição único. Para que este relacionamento ocorra de forma adequada é imprescindível os cuidadores

identificarem e atenderem às suas próprias limitações, pois este é um requisito básico para a percepção e atendimento das necessidades dos clientes (Boyesen, 1986).

Uma das competências que é necessário desenvolver, na opinião de todos os grupos de participantes é a prender a gerir as emoções.

*Uma das competências que considero importante é o ser capaz de gerir as emoções pessoais: Não é pelos aportes teóricos, o que eu preciso mesmo de desenvolver é na área da gestão pessoal de emoções na prática dos cuidados. E8.18.*

*Podemo-nos emocionar, mas acho que também devemos controlar. Até porque a partir de um certo patamar acho que deixamos de passar uma imagem de profissionais de saúde e passamos uma imagem de pessoas descontroladas. E isso também não se quer. E14.45.*

Ao longo das entrevistas é referida a necessidade de desenvolver a inteligência emocional, que na opinião de Mayer e Salovey (1997, p. 15) envolve vários aspetos: “a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a de compreender a emoção e o conhecimento emocional e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual”. As pessoas emocionalmente inteligentes têm mais probabilidades de ultrapassar o stress inerente à prática da enfermagem, bem como o que é provocado pelo estudo individual (Cadman & Brewer, 2001).

Uma forma de compreender as emoções e desenvolver o autoconhecimento, pode ser através da reflexividade. Refletir sobre o que se sente, o que se faz, como faz, para que faz e a quem se destina o cuidar, deve estar sempre presente.

*O aprender a refletir sobre a minha prática, o que fiz, como fiz, porque fiz assim, ou podia ser de outro jeito, como me senti, o que pensei e por aí vai. Mas isto é muito interessante para a enfermagem e para a vida. E19.46.*

*Acho que precisava de desenvolver mais competências nessa área, de pensar em função da situação do doente e pensar também pelo doente e não por enfermeiro, ou de pensar por pessoa que ainda está com 20 ou 30 anos e que precisa daqueles cuidados todos e que acha que o outro também vai precisar. E15.23.*

No cuidar é necessário descentrar-se de si e passar a compreender o problema a partir da perspetiva do outro, que difere da sua, o que nem sempre é conseguido por todos os estudantes. As evoluções cognitivas no percurso do universitário são acompanhadas de experiências emocionais e por vezes de sucessivas reconstruções do eu. No estudo efetuado por Schoenholz e Read (2000, cit in Marchand, 2008, p. 14) os estudantes do ensino superior descrevem este ciclo de estudos com três fases: “primeiro de tensão intelectual, alargamento e compreensão de múltiplas perspetivas, seguindo-se a de

mudanças emocionais (progressivo aumento da paciência, empatia e autoconfiança) e posteriormente de mudanças comportamentais (menor reatividade emocional, maior capacidade para ouvir os outros e respeitar e apreciar diferentes pontos de vista)”. Pretende-se que o estudante de enfermagem progrida neste sentido.

As competências a desenvolver não se centram só no cuidar do cliente, é preciso também saber relacionar-se com os pares, ser capaz de trabalhar em equipa e de mobilizar recursos.

*O saber trabalhar em equipa também é uma competência, porque é necessário mobilizar diferentes pessoas e recursos. E9.17.*

*Saber como é que funciona uma equipa de enfermagem, ou uma equipa multidisciplinar. Que recursos é que podemos obter para prestar melhores cuidados. No fundo é, como podemos melhorar a nossa prática. E12.16.*

A competência para trabalhar em equipa deve ser repensada neste contexto histórico-profissional em que temos vivido, caracterizado pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações, o que requer o resgate do antigo conceito de interdisciplinaridade que ao longo do século passado, foi sufocado pela racionalidade da revolução industrial. É necessário, na opinião de Neto (2000), que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde não ancorada no modelo biomédico tradicional, de modo a facilitar maior diversidade das ações e procura de consenso. Esta relação, baseada na interdisciplinaridade e não na multidisciplinaridade implica uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a comunicação horizontal entre os componentes de uma equipa, sendo neste modelo que se pretende um trabalho em rede, como preconiza a filosofia dos cuidados paliativos, articulada com a rede nacional dos cuidados continuados integrados formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Ao longo do curso vão integrando diferentes domínios de competências, para poderem prestar cuidados como generalistas.

*Preciso desenvolver múltiplas competências, para que possamos exprimi-las num modo de ser, numa atuação. E6.52.*

*A minha visão mudou imenso ao longo do curso. (...) mudou com os conhecimentos que fui adquirindo e os cuidados que presto são mais direccionados para a pessoa, mais holísticos, mais personalizados, mais compreensivos. E10.9.*

Na formulação dos cuidados são desejáveis cinco níveis de conceitualização holística, que Kim (2000) designa por: cliente, enfermeiro-cliente, a prática, o contexto ou ambiente e o holismo. Concordamos com a autora que atribui particular relevância à componente enfermeiro-cliente numa determinada situação de saúde e que inclui três tipos de suporte que podem ser o contacto, a interação e a comunicação, o que assume diferentes facetas, podendo o contacto estabelecer-se de diferentes modos: o espacial, o físico, o comunicativo e o emocional. No contacto com o cliente há intercâmbio, troca de informação, de energia, de afeto, de humanidade, o que permite deliberar os cuidados mais adequados, tanto na perspectiva de quem cuida, como de quem é cuidado.

A aquisição de perícia, a transferibilidade e articulação dos diferentes saberes para o cuidar, não é um percurso linear, sendo as competências mais difíceis de adquirir as relacionais, que se não desenvolvidas levam a atitudes de fuga e de refúgio nas atividades instrumentais, para não terem que se confrontar com o cliente. Sentem falta de preparação teórica, mas também de experiência clínica onde possam mobilizar os diferentes saberes e refletir sobre os cuidados prestados. O cuidar para a morte é sentido como um fracasso que os deixa inseguros sem saber se poderiam ter feito mais, melhor ou diferente.

*Estamos muito centrados no fazer correto, nas técnicas, que até nos esquecemos que está ali uma pessoa e que temos que comunicar com ela, ou estar atenta às suas expressões* E19.14.

*Nem sempre nós conseguimos perceber com facilidade as necessidades que a pessoa tem naquele momento com uma pessoa que já está tão debilitada. Porque aquilo que nós às vezes pensamos que é o adequado e o ideal, se calhar no final de vida já não faz sentido.* E15.22

*É impulso nosso querer salvar, prolongar a vida, estas coisas. Eu ainda não estou capaz de prestar os cuidados certos e ficar tranquilo sem a sensação que podia fazer mais, ou não fiz o que era necessário naquele momento. É uma área do cuidar onde eu não me sinto preparado, tenho muitas dúvidas e falta de experiência.* E20.52.

Os relatos dos estudantes estão impregnados pelo ‘paradigma da cura’, governado por uma inclinação direcionada aos cuidados críticos e à medicina de alta tecnologia. A presença massiva da tecnologia é um facto necessário na medicina moderna. Na medida em que os serviços de saúde se tornaram cada vez mais dependentes dos equipamentos, deixaram de lado práticas humanistas, tais como manifestação de apreço, preocupação e presença solidária com os doentes. O cuidar é visto no mundo tecnológico da medicina moderna como prémio de consolação, quando o conhecimento científico e tecnológico não vence. Deste modo, como refere Pessini (1990a) o paradigma do curar facilmente se

tornou prisioneiro do domínio tecnológico da medicina moderna, em que a idolatria da vida física alimenta a tendência de usar o poder da medicina para prolongar a vida em condições inaceitáveis. Esta idolatria da vida ganha forma na convicção de que a inabilidade para curar ou evitar a morte é uma falha da ciência, o que leva alguns profissionais de saúde a investirem para além das possibilidades do doente caindo no encarniçamento terapêutico, para descarte de sentimento de incapacidade, ou de falha.

No final do último semestre há estudantes que não se sentem preparados para cuidar destes doentes.

*Não temos preparação nenhuma neste plano de estudos. Nas aulas teóricas no 1º ano falamos, da morte mas de forma muito geral e também no luto. E16.5.*

*Eu acho que não estou preparada para estas situações, de fim de vida. E17.7.*

*O curso ajudou-me a desenvolver algumas competências genéricas que tanto servem para os doentes em fim de vida como para outros. Mas há especificidades nesta área dos cuidados que eu não desenvolvi. E20.47.*

Os ensinamentos clínicos contribuem para a profissionalização, que é constituída por um processo de racionalização dos conhecimentos postos em ação e por práticas eficazes num determinado contexto. O estudante ao desenvolver-se como futuro profissional deve saber colocar as suas competências em ação em qualquer situação, e ser capaz de refletir e adaptar-se, de modo a ir dominando novas situações. Espera-se que nesse percurso de aprendizagem venha a ser um profissional eficaz, com capacidade de adaptação, de resposta e de ajuste a cada solicitação, ao contexto ou a problemas complexos e variados, bem como ter capacidade de relatar os seus conhecimentos, o seu ‘savoir-faire’, os seus atos, justificando-os (Charlot & Bautier, 1991, cit in Altet, 2000).

### **Competências a adquirir pelos estudantes para cuidar pessoas em fim de vida: perspectiva dos profissionais**

A necessidade de desenvolver competências em diferentes domínios é reconhecida por todos os participantes. No domínio cognitivo distinguem os saberes conceituais dos processuais, no domínio das competências relacionais, consideram importante o saber estar com o outro e o saber comunicar, no domínio afetivo valorizam a capacidade de autoconhecimento, o ser capaz de se centrar no outro e saber gerir as emoções e no domínio ético referem-se aos valores inerentes à profissão salientando a importância do respeito. Contudo, entre docentes e tutores há diferenças de perspetivas sobre os tipos

de competências a adquirir. Enquanto os primeiros salientam a necessidade de integrar e mobilizar para a prática clínica os diferentes domínios de competências; os segundos valorizam a necessidade do enfermeiro refletir sobre a prática e de ser capaz de trabalhar em equipa.

No domínio cognitivo os profissionais consideram que os estudantes devem ser capazes de elaborar, transferir, mobilizar e aplicar os saberes concetuais para os cuidados podendo ser de diferentes naturezas ou específicos de determinada área, ou especialidade clínica; nos saberes processuais devem ser capaz de apreciar, interpretar os sinais e sintomas do cliente de modo a proporcionar bem-estar e alívio dos sintomas.

*Estão muito ‘crus’ em termos de orientação, da colheita de dados para o histórico de enfermagem. Mesmo nos saberes do domínio cognitivo, parece que não sabem organizar o pensamento. T3.32.*

Como refere esta docente, é preciso saber escutar e interpretar com sabedoria.

*O aluno tem que ter saberes que permitam avaliar corretamente uma situação. Precisam de desenvolver um saber ouvir recheado de sabedoria. Num enfermeiro generalista ele tem de saber identificar se aquela situação é do seu domínio, se ele é capaz de dar resposta, ou se é para outro técnico. D12.55.*

Uma das competências básicas que o estudante deve desenvolver é saber planear e recolher informação para o histórico de enfermagem a fim de identificar problemas de enfermagem ou necessidades de saúde e poder planear e prestar cuidados de acordo com o juízo profissional que elaborou. Como salienta Shliemann (2009, p. 41) “O estudante deve ser ajudado a realizar entrevistas e a aprender a fazer uma abordagem profissional, respeitando a fase de desenvolvimento do doente, conhecendo o que quer saber quando pergunta e o que fazer com a resposta obtida”. Por isso não basta saber ouvir, ou escutar com atenção, é preciso atribuir significado e valor à mensagem do utente, avalia-la e identificar o nível de complexidade que a situação exige de modo a dar resposta à situação, o que pode inclui mobilizar outros profissionais, ou outros recursos, de modo a obter um cuidar integrado.

Há saberes específicos que é necessário o enfermeiro aprender de modo a perceber o prognóstico do cliente e tomar as medidas antecipatórias necessárias.

*Quem for para determinados serviços tem que desenvolver competências adicionais, como por exemplo quem for para oncologia tem de fazer cursos de formação. D2.56.*

*É importante que os alunos adquiram competências do ponto de vista da fisiopatologia, parece que é cada vez mais crime apelar aos conhecimentos de fisiopatologia, para*

*perceberem se de facto aquela pessoa está na fase final de vida, ou se está numa crise transitória. D11.41.*

O doente fora de possibilidades terapêuticas é rotulado como ‘terminal’, o que traz associado a falsa ideia de que nada mais pode ser feito. Porém, nesta fase a pessoa está viva e tem necessidades especiais que são o foco de atenção dos profissionais de saúde de modo a ser atendidas (Susaki, Silva & Possari, 2006).

Os enfermeiros consideram que para o cuidar é necessário mobilizar diferentes saberes de modo a abordar o cliente nas diferentes dimensões da pessoa, salientando a dimensão ética do cuidar, a dimensão cultural e espiritual.

*O estudante deve ser capaz de mobilizar para a prática, os conhecimentos éticos e os valores que o norteiam. O desenvolvimento da sua espiritualidade, porque isto é uma construção global da pessoa que é o estudante. T4.54.*

*De início podem esquecer, mas se nós chamamos a atenção para a necessidade de prestar cuidados culturalmente adequados, os estudantes passam a valorizar. T11.41.*

De acordo com Neuman e Fawcett (2001) o cliente, numa abordagem sistémica, deve ser apreciado tendo em conta cinco dimensões, ou cinco variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sociocultural e espiritual. Este cuidar holístico deve ser determinado pela capacidade de mobilizar o conhecimento e as competências na avaliação da unicidade do doente, com o objetivo de o assistir na sua circunstância particular (Stockdale & Warelou, 2000).

No que se reporta aos saberes processuais os enfermeiros consideram indispensável mobilizar os instrumentos básicos de enfermagem: a observação, a criatividade, a comunicação, e os registos de enfermagem, bem como outros aspetos do domínio psicomotor que inclui o toque e a destreza manual de modo a proporcionar bem-estar e alívio dos sintomas.

*Quando vêm para este estágio, no 4º ano, já deviam saber utilizar os instrumentos básicos de enfermagem: o observar, o saber comunicar e reformular a comunicação. O saber distinguir o importante do acessório e isso deve ser espelhado nos registos de enfermagem que se fazem. T12.37.*

Para executar a metodologia de organização das ações de enfermagem no cuidado ao cliente, são necessárias habilidades cognitivas, interpessoais e psicomotoras, além de instrumentos básicos, que são também utilizados de forma integrada e simultânea. Para Bachion (2009) os instrumentos básicos são: observação, interação e mensuração. A observação é o uso atento dos sentidos para apreender características ou informações, de um evento, fenómeno, ou estrutura do corpo examinado. A interação é a troca recíproca

de mensagens verbais e não-verbais entre duas ou mais pessoas. A mensuração consiste em medir propriedades ou características dos fenómenos ou estruturas examinadas, utilizando unidades como referência. Para avaliar alguns fenómenos ou características humanas precisamos de utilizar os órgãos dos sentidos, combinados com equipamentos e saber interpretar esses parâmetros.

Avaliar e controlar a dor é um aspeto deficitário que os estudantes estão pouco treinados a fazer e quando o fazem, usam apenas estratégias farmacológicas numa resposta à dimensão fisiológica, descurando as outras dimensões da pessoa.

*Saber fazer a abordagem da avaliação dos aspetos físicos, essa parte é importantíssima. É uma das dificuldades que eles têm. Essa competência tem que estar integrada, pode não ser nos 100%, mas pelo menos estar sensível, se assim for já estamos no caminho certo. T10.43.*

*Isto preocupa-me porque nunca mobilizam estratégias não farmacológicas para alívio ou controlo da dor. Como única estratégia é o doente tem que estar medicado e ponto final. T2.48.*

Os cuidados paliativos são um desafio para os enfermeiros que podem minimizar os sinais e sintomas que dificultam a perceção do doente sobre si, como a dor que segundo Pessini (1990a) pode ter duas características diferenciadoras: sendo a primeira subjetiva e inclui a perceção da sensação e a resposta emocional da pessoa; a segunda característica, é que esta pode ser aguda e passageira ou crónica e persistente, o que carece de estratégias de intervenção diferentes. Diversos estudos concluem que a dor nem sempre é devidamente avaliada, privando os seus portadores de tratamento adequado. O estudo de Silva, Silva, Martinez e Gradim (2011) mostrou a necessidade de se avaliar a dor por meio de instrumentos adequados de modo a intervir de acordo com as necessidades dos doentes. Os enfermeiros podem mobilizar diferentes estratégias para alívio da dor, sejam farmacológicas ou outras terapêuticas que promovam o bem-estar físico e psicológico. As práticas ligadas ao cuidar do corpo e dar conforto físico são transmitidas e prodigalizadas essencialmente pelas mãos, pelo toque, pelo contacto corpo a corpo, mas este saber fazer não é valorizado pelos estudantes. “As mãos são e permanecem o primeiro utensílio dos cuidados: são as mãos que apaziguam, que estimulam, que relaxam, que tonificam” (Collière, 2001, p. 181).

Nas competências relacionais, para além de valorizarem a componente comunicacional, salientam o saber estar com o outro, para tal consideram que é necessário desenvolver a empatia, a escuta ativa, gerir o silêncio, estar atento à mensagem do não-verbal, mostrar disponibilidade, autenticidade, dar confiança e gerir a esperança do doente e da família.



Aprender a relacionar-se e a desenvolver uma relação com o utente, sem no entanto ser desgastante para o profissional de saúde, é um requisito do cuidar em enfermagem, que na opinião de Ferreira (2006) deve transpor toda a boa tecnologia que as instituições de saúde possam ter.

*Se formos sinceros vemos o reverso da medalha, conseguimos de facto ajudar a outra pessoa porque ela também sentiu que estávamos a ser coerentes. T1.48.*

*Toda a parte da postura, do ser simpático, do ser empático, do saber ouvir tem que estar desenvolvida. D12.57.*

Os relatos evidenciam a necessidade de desenvolver a simpatia e a empatia, porque as pessoas empáticas tornam-se mais sensíveis aos sinais subtis do outro, às suas emoções e sentimentos. A arte do relacionamento consiste, em grande parte, na aptidão para gerir as emoções do outro. São estas competências pessoais que estão na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal (Diogo, 2006).

Saber estar e comunicar de forma adequada, de acordo com a situação de cada utente é um desafio que requer perícia e treino.

*Os estudantes não sabem estabelecer o contacto, não sabem quando hão-de chegar e quando ir embora, a nível da comunicação não têm a noção e as regras da comunicação no social, quanto mais no profissional. D4.43.*

*O estudante perceber que tem aqui uma família e um doente em fim de vida e que necessitam de ajuda, se calhar não sabe como ajudar, mas estar disponível e estar ali para ouvir a outra pessoa. T1.45.*

De um modo geral nas entrevistas é referida a necessidade de desenvolver o conhecimento pessoal, isto é, o encontro com o próprio self, que inclui o autoconhecimento e o conhecimento do outro. Para Bousso e Poles (2009, p. 199) "desenvolver o autoconhecimento do próprio self permite à pessoa maior aproximação ao self do outro. É o que torna possível partilhar a experiência humana. O conhecimento pessoal torna-se mais profundo por meio de encontros de cuidados com os outros."

Para além do conhecimento pessoal, Chinn e Kramer (2004) consideram que os profissionais devem apropriar-se do conhecimento estético, que não sendo expresso em palavras, é o tipo de conhecimento que orienta sobre o que fazer e como se comportar em determinados momentos, instantaneamente, mesmo sem uma deliberação consciente. Este conhecimento agrega elementos artísticos e criativos, mudando as interações com os clientes, sendo essencial no processo de comunicação a partir de estratégias como a simpatia, amizade, compaixão e até o humor.

É reconhecida a necessidade de integrar no processo comunicacional diversos saberes incluindo a arte.

*Na comunicação em enfermagem, temos o saber científico, mas cada um o aplica ao seu jeito. Passamos da ciência à arte. T6.33.*

*Depende das situações, às vezes é necessário chamar os utentes à razão, porque há expectativas muito grandes ou exageradas, outras vezes é o contrário, há que ajustar em função do doente. T1.47.*

Uma comunicação adequada é o suporte dos cuidados em fim de vida. É o meio para conhecer as necessidades do utente e da família, o modo como a doença afeta a pessoa no seu todo e como podemos ajuda-la a adaptar-se à nova realidade.

Neste sentido a comunicação é vista como a arte e a capacidade para demonstrar compreensão com a situação do doente e da sua família, tanto nas formas verbais como não-verbais. Na fase final de vida a comunicação não-verbal é cerca de 80% da comunicação, em particular quando os doentes têm dificuldade em falar, ou não querem, ou não podem fazê-lo (Astudillo, Mendinueta & Astudillo, 2002).

Uma comunicação eficaz, para além das componentes já referidas, tem que estar ancorada nas competências do domínio cognitivo.

*Os aspetos relacionais ligados à comunicação, o saber ouvir o ter uma atitude de escuta ativa, é uma competência fundamental. Mas não basta só saber ouvir. É preciso um leque de conhecimentos para poder interpretar. D12.56.*

*Necessitam muito de desenvolver a parte da comunicação. Eles têm que estar à vontade para poder comunicar com o outro. Mas o estar à vontade implica ter conhecimentos. Comunicação e conhecimento estão muito ligados. T7.22.*

No exercício da profissão é preciso saber comunicar tendo em conta o conteúdo e adequação da mensagem, ter especial atenção ao que se diz e ao que não se deve dizer e ao modo como o fazer, escolhendo a circunstancia e o canal mais apropriado, estando atento ao modo como o recetor descodifica a informação. Para que a comunicação se opere de forma adequada requer conhecimento e sensibilidade. Para Phaneuf (2005) a comunicação é “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (p. 23). Contudo é preciso não esquecer que as pessoas são diferentes, tendo cada uma delas a sua biografia, personalidade, necessidades, tendências e problemas particulares. Para comunicar profissionalmente é necessário mobilizar e articular múltiplos saberes.

*Há estudantes que sabem falar sobre comunicação muito melhor que eu, mas na prática não são capazes de estar junto a um utente. Sabem descrever tudo o que está nos livros, mas nem são capazes de estar e olhar para a pessoa. D4.42.*

*Mais que os instrumentos técnicos, a parte relacional é a mais importante. São as competências adquiridas e o bom uso delas que determinam a qualidade do cuidado daquela pessoa. Podemos saber um conjunto de técnicas de comunicação, mas se não as sabemos mobilizar corretamente, não dá. T4.34.*

A linguagem tanto pelo que é dito, como pelo que é escutado, ocupa um lugar privilegiado em qualquer relacionamento, sendo o topo visível do edifício comunicacional encobre muitas outras aquisições como decodificar o não-verbal (Mercadier, 2004). Esta efetua-se pela combinação das perceções obtidas através dos cinco sentidos, o que varia consoante a interpretação das mensagens pela pessoa, pelo contexto e pela sociedade envolvente. A comunicação em enfermagem passa pelo olhar dirigido e afetivo. Através da perceção visual o enfermeiro reconhece, classifica e diagnostica. Pelo olhar afetivo a enfermeira desperta sentimentos. É necessário aprender a articular a comunicação digital com a analógica, sendo neste contexto que surgem as principais dificuldades que passam por: reformular, confrontar, validar, encorajar a expressão de sentimentos, escutar, tocar e saber olhar a pessoa.

*Para cuidar de utentes em processo de morrer, eu acho que devem desenvolver competências no domínio relacional, muito centrados na escuta, na autenticidade, no respeito, na validação, na confirmação. T11.44.*

Acompanhar a pessoa no processo de fim de vida requer competências relacionais específicas, em que o profissional deve, na opinião de Abiven (2001, p. 138) "ser capaz de identificar os mecanismos de defesa inconscientes, respeitá-los e ajustar-se a eles; apreciar e considerar a necessidade de manutenção, e até o restabelecer da autoestima, assim como a necessidade de procurar um sentido para o vivido; poder conter a angústia e a aflição psíquica", e se necessário, acrescenta o autor, acompanhar a regressão, que representa a procura da segurança perdida, e a necessidade de uma confirmação efetiva.

*(...) o saber-estar, o saber respeitar o silêncio da pessoa quando ela quer, mas quando a pessoa estende a ponte, aproveitar. E respeitar o timing da pessoa. T9.56*

O saber escutar é uma das principais habilidades. Mostrar disponibilidade e interesse para escutar e compreender a história do doente é uma forma de cuidar emocional. Ser ouvido é um desejo de quem vivencia a terminalidade. "Ao decifrar a informação essencial é possível diminuir a ansiedade e a aflição de quem está próximo da morte" (Araújo, 2009, p. 213).

A compreensão e a decodificação da mensagem torna-se um desafio, particularmente quando esta se situa no domínio analógico.

*Desenvolver as competências digitais e analógicas da comunicação, como o olhar, o toque, etc. Provavelmente é fácil para um estudante tocar numa criança, ou numa grávida, mas não é fácil tocar num idoso, ou num adulto. D7.32.*

*Há muitas pessoas que não conseguem falar, nem expressar-se numa linguagem verbal, é preciso estar atenta aos sinais da comunicação analógica. D12.61.*

Na comunicação não-verbal há aspetos que merecem particular atenção como: para linguagem, cinésia, proxémia, características físicas da pessoa e fatores do ambiente. A para linguagem refere-se ao modo como falamos, entoação de voz, ritmo, forma como as palavras são ditas e acompanhadas de expressão, como o choro, o riso, etc., o que confere emoção às informações transmitidas verbalmente. A cinésia refere-se à linguagem do corpo, compreende os gestos, as expressões faciais, o olhar e as posturas corporais. A proxémia trata dos aspetos ligados ao espaço físico, ou seja, a distância que se estabelece na interação, bem como os aspetos ligado à proximidade, ao contacto físico e ao toque (Silva, 2005).

Um domínio de competência referida por todos os grupos de participantes foram as do domínio afetivo, salientando a necessidade de autoconhecimento, de serem capaz de se descentrar de si para se centrar no outro e de gerir as emoções.

*Conhecer-me a mim próprio, porque os processos de final de vida são momentos emocionalmente intensos, simbolicamente fortes, nos quais está em jogo mais que a tal abordagem fisiológica da morte, e é importante que os profissionais e neste caso os estudantes, desenvolvam competências de auto conhecimento e de conseguir conhecer a complexidade das diferentes dimensões nesta questão. D11.57.*

*O mais importante é trabalhar-nos a nós, daí a importância do conhecimento intra pessoal. Primeiro a relação comigo e o que é que eu faço nesta situação. Depois quem é o outro que está a morrer e como é que eu me relaciono com ele. T3.24.*

Cuidar envolve a interação de enfermeiro com o cliente, o que exige o autoconhecimento e um conhecimento que abrange a sensibilidade no tocar, no olhar, no saber sentir e no captar as emoções de quem estamos cuidando (Caldas, 1997). Neste processo de cuidar, como refere Hoga (2004), é desejável que os profissionais, dotados de auto conhecimento, estejam mais sensíveis ao cuidar do outro de modo a captar as suas necessidades subjetivas. A capacidade de se descentrar de si e se centrar no outro é uma competência que os docentes consideram necessário ser desenvolvido nos futuros profissionais de modo a evitar situações de fuga e de evitamento no cuidar.

*É preciso nós estarmos, enquanto pessoas e profissionais, preparados para ajudar o outro a morrer. E nem sempre estamos preparados para isso. Depois há a fuga que é o caminho mais fácil. D2. 27.*

*O cuidar vai muito para além da simpatia. É a compreensão que temos do outro, sem nos confundirmos com ele. D1.39.*

Nem sempre a enfermagem enveredou pela abordagem de preparar os profissionais para se centrarem no cliente, sendo no final do século XX que o tema da relação do enfermeiro com o cliente ganha novos contornos e surge o cuidar transpessoal em que o enfermeiro entra no espaço de vida ou no ‘campo fenomenológico da outra pessoa’, “sendo capaz de detetar a condição de ser da outra pessoa, sente essas condições no seu íntimo, e responde à condição de tal forma que o recetor liberte sentimentos subjetivos e pensamentos que ele (a) desejava libertar há muito tempo” (Watson, 2002, p. 111).

O desenvolvimento das competências emocionais são ferramentas para a vida pessoal e para a construção da profissão na sua função social e em tudo o que a envolve, tal como: a formação dos profissionais, a gestão relacional interpares, o confronto com as emoções do cliente e a forma como se constrói o clima organizacional.

Os estudantes não estão preparados para lidar com as suas emoções e as dos clientes, pelo que, como refere esta docente é necessário o professor:

*Ajudar o aluno neste acompanhamento a gerir as emoções, os sentimentos, a impotência, as culpabilizações porque não se fez isto ou aquilo. D1.26.*

*Saberem que têm que ter estratégias de bem-estar pessoal, (...) saberem que saem do serviço e têm outras atividades que lhes deem prazer e cultivar e desenvolver esses hobbies é fundamental. D2. 55.*

Se dermos incessantemente aos outros sem cuidar de nós, é certo que dificilmente nos podemos manter nas condições requeridas para desempenhar bem uma tarefa tão exigente como é o acompanhamento dos que vão morrer. “Cuidar de nós retirando prazer do que fazemos é uma excelente aprendizagem e um investimento necessário” (Neto, Aitken & Paldron, 2004, p. 45).

Para além de saber gerir as nossas emoções e desenvolver mecanismo de coping ajustados, é necessário aprender a gerir o impacto que a morte provoca nos clientes e na forma como estes, ou a sua família, transmitem o desespero e a impotência.

*O estudante deve ser ajudado a permitir envolver-se quando cuida, mas não um envolvimento patológico. T6.45.*

*Nós em contexto domiciliário, somos muitas vezes agredidos de alguma forma. (...) Somos os que aparecemos, portanto somos aqueles que levamos com a raiva, com as*

*mágoas, com a angústia. Temos que perceber e saber que aquilo não é contra nós. T2.52.*

As emoções são sentidas e orientadoras do agir do enfermeiro explicitando-se com intencionalidade no cuidar, pelo que a sua mobilização faz parte da experiência humana do sentir como instrumento de cuidados (Diogo, 2006).

Uma forma de reação ao confronto com a morte é o expressar sentimentos negativos de raiva, revolta, inveja, ressentimento e outros, o que torna difícil para a família e para a equipa de saúde lidar com o este tipo de reação, pelo facto deste mal-estar se propagar em todas as direções, muitas vezes sem razão compreensível. “É frequente os enfermeiros serem alvo da raiva destes doentes, pelo facto de estarem mais próximas, no seu dia-a-dia, do que qualquer outra pessoa” (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009, p. 158). Formar para cuidar implica formar para ser capaz de lidar com o sofrimento, a incerteza, a perda, a angústia; mas também com a esperança, a compaixão e a afetividade, no entanto, muitas vezes, o conhecimento transmitido e apreendido durante a formação académica pode revelar-se insuficiente quando estes sentimentos se misturam e a dimensão emocional interfere de forma negativa com o desempenho do estudante (Rabiais, 2010, p. 38).

Os estudantes do ensino superior trazem na sua bagagem social e académica saberes e valores que fazem parte das competências sociais básicas.

*São muito importantes os valores que eles aprendem ou desenvolvem no curso. Mas para mim o mais importante são os valores básicos que a família, a escola e a sociedade lhe foram incutindo, porque o professor pode ensinar tudo, mas se eles não tiverem na base da sua formação já alguns valores, a formação será muito enviesada e não percebem quando falamos de questões éticas. D8.33.*

*Um bom enfermeiro deve ser um bom cidadão, valores de cidadania já deviam vir trabalhados quando chegamos ao curso. Deviam já ter aprendido na família, na escola, no social. D12.63.*

*Não se vem para um curso de enfermagem aos 20 anos para aprender os valores básicos. Eu vejo pela educação que dou aos meus filhos. T12.39.*

Os profissionais estão a (re)colocar hoje a velha e eterna questão Socrática: Se a virtude pode ser ensinada? E se deve sê-lo a todos? É perguntar novamente sobre a viabilidade e pertinência moral de se estender a cidadania à totalidade da população. Voltamos a aequacionar a necessidade de formar cidadãos responsáveis para que, na igualdade que nos marca perante a lei (*isonomia*) e o direito à opinião (*isegoria*) poderem participar ativamente na construção e na gestão do espaço público, ou institucional e na elaboração e legitimação dos princípios morais e legais que os conduzem. A palavra

‘ethos’ significa costume, uso, e o termo ‘ethike’ designa a forma habitual de um indivíduo se comportar. A ética refere-se à conformação, ou não, dos hábitos e comportamentos individuais, usos e costumes que cada sociedade institui, criando valores, normas, práticas e ideais que a regem (Valle, 2001).

No domínio das competências éticas da profissão o valor mais referido é o respeito. Respeito pela capacidade, condição social, estado de saúde, crenças, cultura, opção religiosa de cada pessoa, seguindo-se o pudor, a confiança, o promover a autonomia tendo em conta as limitações progressivas da pessoa em fim de vida.

*O respeito é um valor universal e os estudantes devem interiorizar formas de respeitar as pessoas. D2.49.*

*Sim o respeito envolve tantos aspetos e eu tenho que ser capaz de nas múltiplas facetas do meu cuidar demonstrar respeito pela dignidade do outro. E saber também transmitir o significado desse conceito que está presente nas minhas decisões. T11.48.*

O valor do respeito é tão significativo para a enfermagem que a Ordem dos Enfermeiros nos contributos para a criação do sistema de qualidade em saúde destaca, entre outros parâmetros no agir ético o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejo de natureza individual do doente (Mendes, 2009).

Há uma panóplia de valores relevantes que devem ser mobilizados para a profissão como: a responsabilidade, a compaixão, o pudor, a dignidade da pessoa, a sinceridade, a autenticidade e a igualdade de direitos.

*A responsabilidade para mim é fundamental, se eu não assumo a responsabilidade do que fiz, seja bem, seja mal, como é? Temos visto que quando há complicações andam todos a atirar a responsabilidade para outros. T12.40.*

*O aluno deve ter já desenvolvido o respeito pelo outro, o pudor, a igualdade de direitos. O valor vida é um valor supremo, independentemente da pessoa ser pobre, rica, negra ou amarela. D12.64.*

A ética do cuidado remete-nos para as teorias baseadas nas relações, cuja perspetiva assume especial significado no desempenho de papéis sociais. Como referem Thompson, Melia e Boyd (2004) a relação e o compromisso existentes entre quem cuida e quem é cuidado gera respostas emocionais inseridas numa cultura e que inclui diferentes sentimentos: compaixão, confiança e a garantia de uma relação especial que reconheça o outro como pessoa singular. Porque cuidar do outro implica lidar com uma escala de valores, seus e dos outros, pelo que as decisões éticas têm cada vez mais relevância no processo de cuidados (Neves, Pacheco, Queiroz, Nunes, Paiva & Costa, 2004).

Educar para os valores torna-se essencial no âmbito das profissões de ajuda e a enfermagem está ciente dessa necessidade. A formação em enfermagem ajuda a desenvolver a inteligência, a razão, os valores e os afetos, os chamados três "CCC": *Care, Concern and Connection* (Lourenço, 1997). Neste sentido importa desenvolver a prática da reflexão sobre o cuidar.

*A componente reflexiva é fundamental, é o pilar do desenvolvimento de um perfil de competências adequadas para prestar cuidados nesta área. T9.4.*

*As competências ligadas à reflexão são importantes nesta profissão. T12.34.*

Embora tenha havido alguma resistência ao processo reflexivo sobre as práticas profissionais, as atuais políticas de saúde e de educação têm estimulado iniciativas que podem ser consideradas fatores positivos para enfrentar essas dificuldades (Lima, 2005).

Aperfeiçoar a sensibilidade para o cuidar deve ser feito numa abordagem dialógica e num ambiente de afetividade e partilha mútua de experiências entre quem está a aprender e quem ensina a cuidar. “Pensar na formação dos estudantes, através da sua própria experiência, da forma como a vivem e como refletem acerca dela considerando questões teóricas e práticas pode contribuir para a construção de conhecimento e para o desenvolvimento científico da enfermagem” (Rabiais, 2010, p. 40).

Outra competência a desenvolver é ser capaz de trabalhar em interdisciplinaridade, tendo em conta a crescente complexidade do objeto das ciências da saúde, como refere Neto (2000) exige-se um olhar plural, e um trabalho conjunto, que respeite as bases disciplinares específicas e a procura de soluções partilhadas para os problemas das pessoas e das instituições.

*Têm também de saber trabalhar em equipa, porque a equipa também os apoia muito. T8.14.*

*Tem que ser sempre uma relação baseada na educação e no respeito, quer para com os utentes, quer com os colegas, quer com os outros profissionais. T12.36.*

Para os iniciados na profissão é uma mais-valia integrar-se na filosofia de uma equipa, e seguir as suas diretivas como processo de socialização e aprendizagem. Uma equipa que defina a sua missão, finalidade, formas de cuidar, valores e as metas, promove a motivação, o reconhecimento mútuo, a confiança no contributo dos outros e no desenvolvimento da equipa. Como refere Incontri (2011 p. 145) “o envolvimento dos membros na articulação desses conceitos é essencial para sustentar o desenvolvimento da equipa e para o seu planeamento estratégico futuro”.



Os docentes salientam a necessidade de integrar diferentes domínios de competências ou micro competências, para poderem prestar cuidados como generalistas em diferentes contextos da prática.

*Os alunos têm que ser licenciados com competências para irem trabalhar em qualquer local, porque em qualquer sítio eles vão cuidar de doentes crónicos. Vão ter doentes em cuidados paliativos independentemente de serem oncológicos ou não. D3.55.*

*As competências estão interligadas, é preciso saber ser, saber estar e saber fazer. O saber cognitivo é muito importante, mas tem de estar agregado às outras dimensões. D12.62.*

Para se desempenhar cabalmente a profissão é necessário mobilizar no momento oportuno um conjunto de conhecimentos e um conjunto de capacidades. A esta mobilização subjaz a presença de atitudes (Alarcão, 1995). “Esta mobilização de conhecimentos desencadeia atitudes e sobretudo comportamentos que a formação terá que trabalhar no sentido de desenvolver competências, nomeadamente as relacionais” (Dias, 2004, p. 65).

As instituições do ensino superior, têm a função de capacitar e facilitar o processo de transição e a inserção dos jovens na nova realidade que é o ensino superior. Contudo, algumas mantêm modelos da pedagogia tradicional, como refere Freire (2001) centra-se não só na exposição do conhecimento pelo professor, como na passividade com que os estudantes o recebem, mas também na desarticulação existente dos conteúdos e procedimentos relacionados com o quotidiano e a realidade social no qual se inserem. Pelo que é difícil os estudantes captarem a função transformadora dos conhecimentos adquiridos, que no seu entender, são transmitidos para serem apenas absorvidos e memorizados. Muitos estudantes só veem a relevância da teoria retrospectivamente. Para que haja aprendizagem efetiva, como salienta Corlett (2000), é necessário que percebam a relevância do que lhes está sendo ensinado e sejam capazes de aplicá-lo nos momentos adequados, nas práticas clínicas.

### **Síntese sobre as competências a desenvolver para cuidar de pessoas em fim de vida**

A conceção dialógica de competência refere-se na opinião de Lima (2005) ao desenvolvimento de capacidades ou atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que, interligados conferem modos distintos de cada enfermeiro realizar com sucesso, o desempenho característico da sua profissão, em que diferentes combinações operativas podem responder aos padrões de excelência que regem a prática profissional,

permitindo que os iniciados na profissão desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais habituais, ou não.

Para cuidar em enfermagem é necessário promover uma combinação de conhecimentos com diversas dimensões ao nível de saber-fazer, saber-ser, saber-estar e saber-sentir, entre outros, que permitam ajudar o cliente. Como refere Rabiais (2010, p. 40) “Combinar o valor técnico com o valor ético e espiritual da enfermagem é com certeza a grande arte da profissão, mas inquestionavelmente é também o seu maior desafio”. Para a prática de enfermagem é necessário desenvolver, mobilizar e articular, no momento oportuno, diferentes habilidades e dimensões do conhecimento para se tornar um enfermeiro competente. A esta mobilização subjaz a presença de atitudes. Este pressuposto é transmitido por Le Botterf (1998) ao salientar que o profissional competente é o que sabe ir para além das prescrições, toma iniciativas e sabe agir, o que implica um maior desenvolvimento dos saberes em enfermagem e do pensamento reflexivo, e da compreensão de que não basta aplicar regras, mas desenvolver o raciocínio, o pensamento crítico e novas formas de entender, de agir e de resolver problemas, o que nem sempre é fácil tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento.

Tanto estudantes como profissionais valorizam as competências do domínio cognitivo, o que é natural numa sociedade da informação e do conhecimento, onde os saberes adquirem cada vez mais poder. Mas, como refere Canário (2005) o conhecimento tem poder se circunscrito à resolução de problemas e aliado ao saber prático, com expressão no domínio das competências procedimentais, entendidas em lógicas de responsabilização da pessoa.

A atividade dos que cuidam de quem sofre é pluridimensional, porque o sofrimento humano abarca várias dimensões. A ciência, a arte médica e a enfermagem estão longe de se esgotarem nos cuidados físicos. Têm de olhar para a pessoa na sua globalidade, e acompanha-la na sua realidade anímica. “Cuidar da pessoa que sofre é mais do que cura-la de uma doença, é sobretudo salva-la na sua realidade total” (Trigo, 2004, p. 16). Deste modo o estudante ao vivenciar a relação com o cliente, desenvolve a sua prática sobre o cuidar em enfermagem, aprendendo a conceber, organizar e expressar ações de cuidado. “Neste contacto especial de interação com a pessoa cuidada, (trans)forma o conhecimento aprendido em momentos especiais, sensações inevitáveis e essenciais para o futuro profissional, e de grande enriquecimento pessoal e profissional” (Rabiais, 2010, p. 40). Um dos primeiros saberes práticos dos que exerciam a arte de curar/cuidar,

foi aliviar a dor e sofrimento causados pela doença. Embora a dor física seja a fonte mais comum de sofrimento, a dor no processo de morrer vai além do físico, tendo conotações subjetivas, culturais, sociais, psíquicas e éticas. Lidar com a dor é algo crítico para um cuidado digno, visto que a dor, como relembra Pessini (1990a) tem pelo menos quatro componentes distintas: física, psicológico, social e espiritual.

Enquanto os estudantes reconhecem a necessidade de dirigir o cuidado para proporcionar alívio da dor física, promover o conforto e o bem-estar; os profissionais consideram que estes estão centrados num paradigma biomédico em que só avaliam a dor física e quando a caracterizam, procuram minimizá-la adotando estratégias farmacológicas e cumprindo a prescrição terapêutica médica, não mobilizando intervenções autónomas da profissão para aliviar o sofrimento e proporcionar bem-estar. Na enfermagem qualquer saber expressivo e produtivo deve ser o que tenha o compromisso e o empenho de fazer diferença na vida dos doentes. O saber que não reflete a missão social da enfermagem e o seu fenómeno clínico, limita a profissão e não desenvolve o potencial de crescimento da disciplina de enfermagem (Meleis, 1997).

No domínio relacional os estudantes centram-se mais nos procedimentos técnicos em detrimento da comunicação com o cliente descurando particularmente a atenção ao não-verbal. Reconhecem os pressupostos da relação de ajuda, mas na prática têm dificuldade em expressar empatia, disponibilidade, capacidade de escuta ativa, gerir os silêncios e manter o olhar dirigido. As atitudes relacionais precisam de ser apreciadas e os estudantes ajudados a reelaborar posturas sociais e profissionais. Como refere Sapeta (2011, p. 271) é manifesta a necessidade de “aprofundar a nível pré-graduado as competências relacionais e explorar com maior profundidade o processo de interação enfermeiro-cliente como o instrumento mais valioso e privilegiado de enfermagem”.

Na perspetiva dos docentes, o uso excessivo das tecnologias de informação para comunicar, entre os jovens, limita-os no desenvolvimento de competências sociais e relacionais, de comunicar face a face com os professores, profissionais das instituições, com utentes e famílias. Necessitam de compreender de forma intelectual e objetiva ou de forma intersubjetiva que o outro é diferente deles e apresenta outros modos de se expressar. Como refere Morin (2001) compreender significa intelectualmente aprender em conjunto; compreender é abraçar junto (o texto e seu contexto, as partes e o todo, o múltiplo e o uno) e a compreensão intelectual passa pela inteligibilidade e pela

explicação. Mas, a compreensão humana vai além da explicação, comporta também um conhecimento de sujeito a sujeito. O outro não apenas é percebido objetivamente, “é percebido como outro sujeito com o qual nos identificamos e que identificamos conosco, o ego alter que se torna alter-ego. Compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade” (Morin, 2001, p. 95).

No cuidar valorizam a dimensão ética, sendo os valores referidos pelos participantes próximos dos encontrados pelos estudos de Oliveira (2003) que recomenda integrar no sistema de ensino de enfermagem, entre outros: o respeito pela dignidade da pessoa, a liberdade e a autonomia, a igualdade e a responsabilidade, o altruísmo, a solidariedade e a estética. O valor mais referido por todos foi o respeito, talvez alicerçado numa das filosofias de cuidar defendida por muitos profissionais de enfermagem, que é baseada na teoria do cuidar transpessoal de Watson (2007) que enfatiza a formação de um sistema humanista-altruísta, baseado na fé-esperança e no cultivo da sensibilidade ao *self*, os quais devem ser utilizados no processo de cuidar e estabelecem-se nas relações de intersubjetividade. O cuidado transpessoal a que Watson (2007, p. 131) chama de “*Caritas e Communitas*” determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é a pessoa, estando este ser conectado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades.

Para desenvolver um cuidar transpessoal é necessário que o estudante desenvolva primeiro auto conhecimento e seja capaz de se relacionar consigo próprio, conheça as suas fragilidades e possa mobilizar forças de modo a adotar estratégias de coping adequadas para lidar com as emoções e sentimentos que vai vivenciar ao longo da profissão.

Aprender a desenvolver-se no domínio afetivo e relacional requer tempo e maturidade. O tempo que o estudante de enfermagem passa na sua formação escolar tem dois sentidos. O tempo cronológico do percurso curricular (tempo mensurável - Cronos) e o tempo qualitativo que marca a experiência do vivido (o tempo - Kairos) que remete para o momento em que a qualidade do existir no mundo pode ser transmutada na procura de novas forma de viver, e de compreender a vida. A vivência do tempo criativo valoriza o que o estudante possa conter em si mesmo, o seu valor pessoal e profissional, a sua cultura, as suas crenças e valores, o seu empenho na aprendizagem como centro do trabalho pedagógico. No percurso escolar há que articular as duas dimensões e ajudar o

estudante a (re)significar a maneira de viver e construir o seu percurso curricular, através da reflexão sobre a prática.

Os enfermeiros salientam as competências de cooperação e a importância de ser capaz de trabalhar em equipa, visto que a enfermagem enfrenta desafios cada vez mais complexos na gestão das situações de saúde e doença, o que exige uma abordagem interdisciplinar, que extravasa a área da enfermagem e que obriga a um verdadeiro trabalho de equipa para contornar os diferentes obstáculos que surgem no decurso da sua atividade (Xavier, 2010). Na opinião de Bireaud (1995) o saber trabalhar em equipa, ou saber relacionar-se com pessoas estranhas ao grupo são '*competências periféricas*', mas muito úteis.

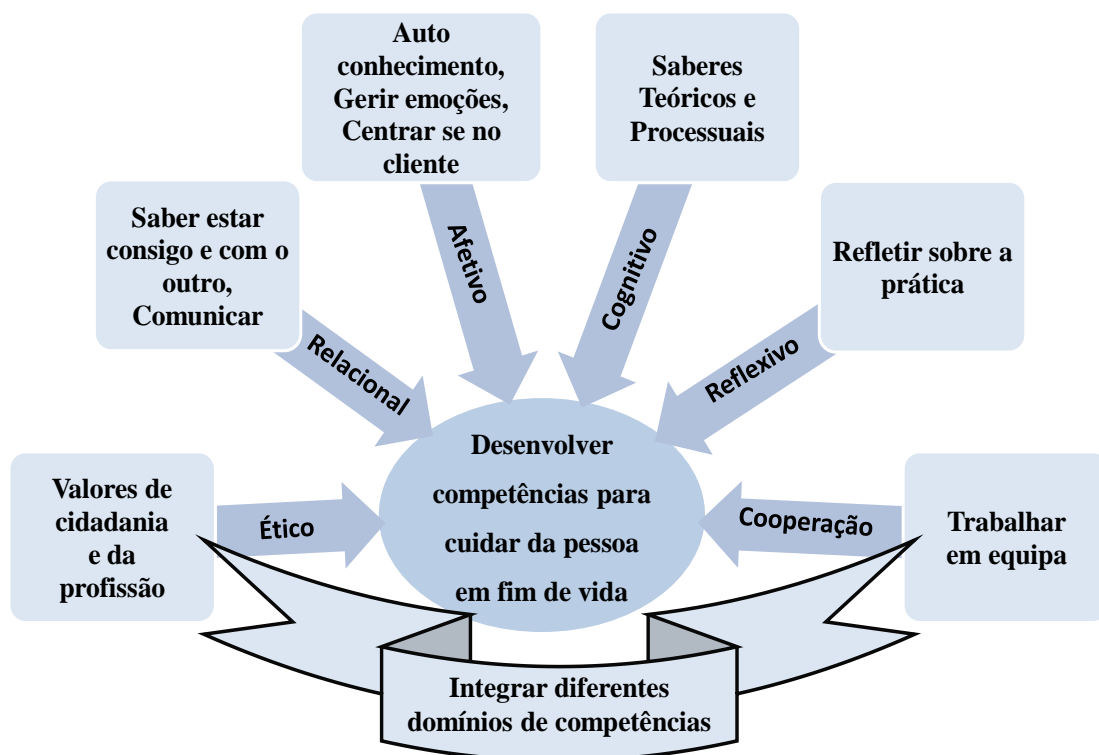
É fundamental, na opinião de Lemos (2009) um trabalho interdisciplinar em que cada profissional assume em cada tempo e espaço significativo o seu papel perante a pessoa e os familiares com quem partilha os últimos momentos, pelo que o enfermeiro generalista deve conhecer os limites das suas competências e ser capaz de mobilizar recursos humanos, institucionais ou comunitários para auxiliar o doente e a família.

Na enfermagem a construção de competências precisa de ser elaborada num diálogo entre a formação académica e o mundo do trabalho, na qual as práticas profissionais são desenvolvidas. Sendo na ação, isto é, no desempenho perante as situações da prática que o estudante pode utilizar conhecimentos, desenvolver habilidades e reelaborar significados com base nos seus valores pessoais e éticos, de modo a desenvolver a capacidade de mobilizar diferentes recursos internos e externos para solucionar com pertinência e eficácia um problema, ou uma série de situações da prática clínica, sendo uma das dificuldades referidas o ser capaz de integrar diferentes micro competências, de modo a atingir o perfil de competências do enfermeiro generalista definido pela Ordem dos Enfermeiros (2003).

Na área da saúde a questão das competências tem ocupado um espaço cada vez mais expressivo e relevante tendo em conta a ampliação das exigências da sociedade por uma maior responsabilidade social e qualidade dos cuidados, por parte das instituições formadoras e dos próprios profissionais que procuram o reconhecimento do mérito, e ainda as contingências desencadeadas pelo processo de globalização, que passa a requerer padrões universalizados para intercâmbio de profissionais num espaço de concorrência laboral.

A síntese representada pela figura 14 pode ser uma contribuição para subsidiar formandos e formadores para os tipos de competências consideradas, neste estudo, mais relevantes para esta área do cuidar.

Figura 14. Competências a desenvolver para cuidar de pessoas em fim de vida



## 1.5. COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR PARA CUIDAR DA FAMÍLIA A VIVER PROCESSO DE PERDA

*Os doentes e as suas famílias vivem  
num mundo onde o sofrimento  
se torna uma companhia constante e  
muitas vezes uma companhia  
agonizante e atormentadora*  
(Wright, 2005)

O modo como os enfermeiros envolvem a família nos cuidados e as competências para a cuidar é um aspeto que não poderia deixar de ser pesquisado neste trabalho onde o tema da morte é um assunto vivido pela família, geralmente com grande conturbação, sofrimento emocional, físico e espiritual, que nem sempre é identificado e valorizado nas práticas clínicas.

No que se refere ao desenvolvimento de competências para cuidar de famílias, os três grupos de participantes relatam opiniões próximas. Referem-se a dois níveis de cuidar das famílias: o primeiro tendo a família como contexto, sendo o foco a pessoa em fim de vida e o outro a família como cliente que também precisa de ser cuidada numa situação de transição em que está a aprender a lidar com o sofrimento e a elaborar processos de perdas e lutos. Surgindo a questão: família contexto ou cliente dos cuidados, que competências para a cuidar?

Refletindo sobre a diferença de abordagem consoante se perspetiva como contexto, ou como cliente, os participantes referem que para o licenciado não deve ser exigido o nível de competências que requeira respostas a problemas muito complexos, sendo parecer comum que para cuidar da família como cliente, a viver situações de crise deve ser um enfermeiro com um perfil de competências de especialista. É consensual que independentemente do nível a que se cuide a família há dificuldade na prestação de cuidados, particularmente na componente relacional. Por outro lado tende-se a colocar a ênfase no doente e não na família, sendo perceptíveis vários deficits nesta área de prestação de cuidados, como sintetiza o .

Quadro 15. Competências para cuidar da família a viver processos de fim de vida

Categoria	Subcategoria	Indicadores	UR
1) Competências para cuidar da família	1 a) Família como contexto dos cuidados		(E=13) (D=11) (T=8)
	1 b) Família como cliente dos cuidados		(E=4) (D=7) (T=9)
	1 c) Família contexto ou cliente dos cuidados. Competências de generalista ou de especialista		(E=3) (D=9) (T=7)
	1 d) Dificuldade em desenvolver competências para cuidar da família	Dificuldade em estabelecer a relação com a família	(E=8) (D=3) (T=6)
		Foco no doente e não na família	(E=6) (D=4) (T=10)
		Falta de preparação para cuidar de famílias	(E=23) (D=5) (T=5)

### Competências para cuidar das famílias: a perspetiva dos estudantes

As competências para cuidar das famílias depende do modo como estas são abordadas, segundo Hanson (2005, p. 8) “a enfermagem de família pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como sistema, ou a família como uma componente da sociedade”. De acordo com o tipo de abordagem são requeridas competências diferentes. A família é entendida como contexto, quando se pretende que esta cuide do doente, seja cuidadora, ou parceira nos cuidados à pessoa, ou solicita-se, ou dá-se informação sobre o doente. “A primeira abordagem aos cuidados de enfermagem à família, centra-se na avaliação e nos cuidados a um cliente individual, na qual a família é o contexto dos cuidados sendo o foco o indivíduo e a família é colocada em segundo plano” (Hanson, 2005, p. 10).

Os estudantes consideram que nem sempre a enfermagem se perspetiva para que a família seja contexto dos cuidados, devido ao afastamento dos familiares, ou a contingências e rotinas dos serviços de internamento.

*No hospital a família deve ser um parceiro, mas dado o afastamento e o espaço físico, nem sempre isso é possível.* E13.27.

*Devíamos estar mais atentos e saber integrar a família nos cuidados, porque, muitas vezes, com medo de nos confrontar com os nossos medos e receios afastamo-nos da família.* E3.16.



As rotinas hospitalares, a sobrecarga dos profissionais, o medo de se confrontar com os familiares, não favorece a proximidade à família no acompanhamento do doente em fim de vida. Por outro lado há familiares alheados da realidade, que procuram outras soluções, nem sempre as melhores, antes de aceitar o inevitável, sendo nas situações mais complexas que o enfermeiro tem um papel importante de ajudar a eliminar as barreiras emocionais, que levam à desconfiança, falta de harmonia e desequilíbrio. “Uma forma de atenuar a situação é promover o envolvimento no cuidar do doente, facilitar-lhes o contacto, promover manifestações de carinho e vontade de serem úteis” (Astudillo, Mendinueta & Astudillo, 2002, p. 42). Esta ideia é reforçada por Sapeta e Lopes (2007, p. 52) que consideram necessário “envolver a família no processo, colocando-a igualmente como alvo de cuidados, o que é muito representativo para o doente, mas nem sempre é possível no hospital por falta de privacidade”.

*Incluir a família como cuidadores? Isso depende dos serviços, não são todos iguais, por isso as experiências que temos e as competências que adquirimos variam muito.* E9.12.

As narrativas explicitam alguns obstáculos a perspetivar a família como contexto, no entanto, é reconhecida a necessidade de a abordar como cliente, isto é, “a enfermagem centra-se na avaliação de todos os membros, sendo a família o alvo dos cuidados. Nesta perspetiva a família está em primeiro plano e os indivíduos em segundo” (Hanson, 2005, p. 10). Pelo que nesta fase de transição da vida familiar as tarefas que se impõe é ser capaz de cuidar dos familiares, lidar com o sofrimento e elaborar o luto, sendo um processo difícil, pode necessitar da ajuda, compreensão e apoio do enfermeiro.

*Outra competência muito importante é saber lidar com a família. O como trabalhar a família que também está a perceber que um familiar está a terminar, e que precisa de ser ajudada e orientada.* E15.24.

*Percebi que muitos destes cuidados são prestados pelas famílias, que não são enfermeiros, nem pessoas da área da saúde e que tem limitações e incapacidades, mas fazem o melhor e que a enfermeira tem aqui um papel muito importante de cuidar da pessoa, da família e de mobilizar os recursos que há na comunidade para ajudar nas necessidades daquela família.* E19.27.

Para acompanhar a família no processo de luto há que clarificar as etapas do luto, tendo este geralmente duas fases, o luto antecipatório e o luto pós perda. Santos (2009b, p. 415) considera que “(...) o luto antecipatório, ou dor psicológica, ou do começo do fim, situa-se no nosso mundo íntimo”. Geralmente é acompanhado de tristeza e mais silencioso que o pós perda. É um luto que mantemos em nós mesmos em que não se deseja muita intervenção nem não são necessárias muitas palavras, é um sentimento que pode ser confortado com o toque de uma mão, ou de estar silenciosamente juntos. É

desejável que o enfermeiro generalista saiba distinguir estes dois tipos de luto, enquanto no luto pós morte estamos centrados numa perda do passado, no antecipatório estamos centrados numa perda que está à frente (Santos, 2009b).

Neste contexto emergem algumas questões, como: Quem cuida das famílias a viver processos de fim de vida? Que competências para cuidar das famílias? As opiniões divergem, mas os participantes reconhecem que independentemente do modo como a perspetivam, o cuidado dirigido às famílias que vivem processos de terminalidade, não é o melhor, nem o adequado às suas necessidades.

*A família como alvo dos cuidados não é de todo uma realidade, é muito vista como um recurso, não são avaliadas as corretas necessidades da família, esta avaliação acho que é uma função do enfermeiro generalista. E4.17.*

*Não saímos com competências para cuidar das famílias. Mas, considero que o enfermeiro licenciado também deve ser capaz de cuidar da família do doente, que tem a sua dinâmica e funcionalidade alterada. E16.15.*

Sabemos que as necessidades dos doentes estão alteradas na fase final da vida, mas as necessidades da família também são outras, diferindo do seu padrão habitual, o que é corroborado pela literatura e reconhecido pelos participantes. Os estudos de Troug (2001) identificam as necessidades dos familiares de doentes em eminência de morrer, como: o poder estar com a pessoa; o sentir-se útil no cuidar; o ser informado das alterações clínicas; o compreender o que está a ser feito pelo seu doente; o poder expressar emoções e encontrar significado na morte. Lamau (1995) encontrou as seguintes necessidades da família: estar e sentir-se acolhida a fim de encontrar o seu lugar como acompanhante natural; estar tranquila quanto à qualidade dos cuidados prestados, e alívio dos sintomas; estar informada sobre a evolução dos sintomas e sobre os tratamentos instituídos; ser consultada sobre os hábitos e decisões a tomar; estar orientada para se envolver na participação dos cuidados; sentir-se apoiada e poder exprimir os sentimentos e o cansaço. Face a esta panóplia de necessidades familiares cabe ao enfermeiro saber caracterizar as necessidades de cada família, ou dos diferentes membros que a compõe, como ajudar na resolução das dificuldades, na mobilização de recursos e na adaptação a esta etapa.

As principais dificuldades em desenvolver competências para cuidar das famílias centram-se em três aspetos: A dificuldade em estabelecer a relação com a família, o focarem-se no doente e não na família e a falta de preparação para as cuidar. Consideram que cuidar da família é mais difícil que cuidar do doente, requer treino e

habilidades relacionais e reconhecem essa secundarização, sendo o foco de atenção a pessoa doente, particularmente quando estão a cuidar em contexto hospitalar.

*Continuamos a precisar de desenvolver estas competências relacionais para lidar adequadamente com o fim de vida e com as famílias. Porque com a família os aspetos técnicos e instrumentais não vão servir de nada. Com a família temos que desenvolver as competências relacionais que eu acho que são essas que nos continuam a faltar. E4.33.*

Se é difícil estabelecer a relação com o cliente, com a família a viver uma situação de crise, as dificuldades adensam-se particularmente quando não se adquiriu treino em estabelecer uma comunicação no domínio terapêutico ou pedagógico, de acordo com a situação. Quando o prognóstico é mau, os familiares desejam ser informados da evolução e ao perceberem o desfecho são assolados por um turbilhão de sentimentos como: tristeza, confusão, stress, ansiedade, angustia, etc. Araújo (2009) refere que é frequente a família não compreender o que está a acontecer, não sabe o que perguntar, nem como deve comportar-se, o que para o estudante pode ser aterrador, não sendo capaz de estabelecer a relação, nem dar informação contínua e acessível aos familiares. “Sabemos que os utentes não estão em condições de avaliar a qualidade técnica dos atos de saúde, mas já o mesmo não acontece quando se trata de aferir a qualidade humana desses atos” (Lourenço, 2004, p. 21).

Apesar da literatura e das boas práticas evidenciarem a necessidade de se dar atenção à família do doente, esta abordagem é descurada, como referem estas narrativas:

*Estamos focados no doente e não na família dele, que também está a sofrer. E16.26.*

*A família quase sempre é utilizada como um recurso, mas não como alvo dos cuidados. E16.25 Estamos focados no doente e não na família dele que também está a sofrer.*

*Eu acho que a nossa aprendizagem é muito centrada na pessoa, na família não, de todo! E7.28.*

Vários autores defendem a necessidade de assistência à família, que tem a cargo os cuidados a um familiar doente. O arquétipo defendido por McDaniel (1998) assenta num modelo psico-educativo cujos elementos centrais são o apoio psicológico e a educação. O primeiro elemento visa avaliar a capacidade da família para ultrapassar a crise, facilitar a aproximação e a partilha de sentimentos, enquanto a necessidade de informação é centrada nos cuidados prestados, ou a prestar ao doente. A secundarização da família no processo de cuidar pode estar relacionado com os deficits na abordagem da enfermagem de família, quer na componente teórica, quer na prática.

*(...) em termos de fim de vida, de saber o que dizer à família, acho que falta. Isso é um dos aspetos a nível teórico ou teórico prático, seja o que for, que nos falta. E2.30.*

*Uma das dificuldades que eu constatei na minha monografia foi encontrar bibliografia sobre o cuidar da família. E em muita bibliografia diz precisamente que faltam estudos sobre as intervenções à família. E4.15.*

No plano de estudos em análise o cuidar dirigido à família é focado no 7º semestre do curso, seguindo-se um ensino clínico que decorre nos ACES, habitualmente nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) onde têm oportunidade de cuidar de famílias em diferentes etapas do ciclo de vida e em diferentes processos de transição. Contudo consideram que a formação quer na componente teórica quer na componente prática não é suficiente, podendo nunca ter oportunidade cuidar de famílias a viver processos de perda por morte de familiares. Mas, quando cuidam destas famílias, considera-las como contexto dos cuidados ao doente é redutor para as suas necessidades.

*Eu acho que a família como contexto é muito pouco, para estas situações, a família precisa geralmente também ela de ser cuidada. E isso eu não sei se consigo, até porque é uma fase de crise que a família está vivenciando. E19.24.*

*(...) um enfermeiro de cuidados gerais vai lidar com a morte, não é só um especialista, não é? A meu ver, em qualquer situação, onde quer que vamos, acho que devíamos ter mais qualquer coisa para ser capaz de lidar com a família. E2.31.*

A Ordem dos Enfermeiros (2011a), considera que há elementos comuns ao enfermeiro generalista e especialista, no cuidar dirigido à família, como: identificar a situação de saúde da população, dos recursos do cliente e da comunidade; criar e aproveitar situações para promover estilos de vida saudáveis no indivíduo e na família; promover o potencial de saúde da família através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida e fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades da família.

Tendo em consideração as experiências ao longo do curso, há deficits de aprendizagem no cuidar famílias, apesar das oportunidades emergentes nos contextos clínicos, o cuidar a família é negligenciado, não sendo mobilizados os recursos necessários.

*No CLE por exemplo o 2º ano, acho que é um ano muito centrado na pessoa e depois no 3º ano, na pediatria, é mais centrado na família, depois na psiquiatria volta a ser centrado na pessoa, portanto não há continuidade. A família, por vezes, é um pouco esquecida. E7.30.*

*Considero que é difícil ser capaz de cuidar da família. Somos alertados na Escola para a família, mas depois na prática não há tempo; é tudo a correr. E10.26.*

Nem a preparação teórica na escola, nem a experiência na prática clínica conferem as melhores experiências pedagógicas, para aprender a cuidar de famílias, o que é reconhecido pela unidade de Missão para os CSP “a competência dos enfermeiros para o trabalho com as famílias, exige um conhecimento aprofundado das famílias e da interação entre os diversos elementos da família e que deve ser integrado nos planos de formação em enfermagem” (Ministério da Saúde, 2005, p. 3606).

Na medida que cada vez mais estudantes poderão vir a desenvolver ensinamentos clínicos nas USF é possível que no futuro próximo venham a desenvolver experiências formativas no cuidar de famílias. De uma forma geral os estudantes consideram que não tiveram oportunidade de adquirir nem de desenvolver competências para cuidar da família como cliente, no entanto consideram que devem estar atentos ao modo como a família vive o processo de morrer.

*A escola e os serviços geralmente, não preparam para cuidar de pessoas e da família, E9.13.*

*Estes conteúdos de ser capaz de cuidar das famílias, talvez devam ser para uma especialidade, no CLE há muitas outras coisas a aprender, mas mesmo assim acho que devíamos estar despertos para saber integrar a família nos cuidados e não como um recurso ou alguém estranho. E3.15.*

*A escola não nos prepara minimamente para lidar com os familiares, tanto que sinceramente, eu não me vejo... sei lá, daqui a 3 meses, a estar num serviço, e a pegar num telefone e a ligar para as famílias a dizer dirija-se ao Hospital por favor porque houve um agravamento do estado do seu familiar. E14.25.*

Face à complexidade do cuidar a família a viver esta situação de crise os estudantes interrogam se este cuidar deve ser do âmbito de um generalista ou da esfera de competências do especialista. Estabelecer uma fronteira nítida entre as competências no cuidar a família de âmbito generalista, ou de um especialista não tem sido fácil. O perfil de competências do licenciado e do enfermeiro especialista para cuidar de famílias é uma questão que tem preocupado a profissão e solicitado o debate. A criação em 2011, do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar pela Ordem dos Enfermeiros veio clarificar o contexto em que a enfermagem de família tem lugar. O perfil deste especialista assenta na seguinte definição de competências: “a) Cuida da família como unidade de cuidados; b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida familiar ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (Ordem Enfermeiros, 2011a, p. 8660).

## **Competências para cuidar das famílias: a perspectiva dos profissionais**

Os profissionais referem-se ao cuidar da família em diferentes perspectivas próximas das elencadas por Friedmann (1998) ao considerar que a enfermagem de família pode ser praticada em três níveis: a nível individual tendo por base a família como contexto, a nível interpessoal, com a família constituída em díades, tríades ou outras unidades; a nível sistémico no qual a família é um sistema com componentes estruturais e funcionais próprios, interagindo com outros sistemas e com os seus próprios subsistemas. O modo como se perspectiva a família e o nível de cuidar a que cada enfermeiro intervém, implica equacionar que tipo de competências e saberes estão em causa, tendo em conta que são diferentes os objetivos e as formas de abordagem.

Os profissionais, de modo idêntico aos estudantes, consideram que é difícil desenvolver competências para cuidar das famílias, não só no estabelecer uma base relacional, como desfocar-se do doente que está a morrer, para focar-se nos processos de luto familiar, salientando que há deficits nesta área do cuidar. Tal como os estudantes, os profissionais diferenciam o cuidar focado no indivíduo que pertence a uma família, ou o cuidar dirigido a uma família que sofre. A família é entendida como contexto dos cuidados, quando é mobilizada para os cuidados ao doente:

*Os alunos só abordam a família quando precisam de elementos para o histórico de enfermagem. Por isso eu digo sempre a intenção de abordar a família não é colher dados para o histórico. A intenção é de cuidar das pessoas e das famílias. D3.63.*

*A família é que vai dar continuidade aos cuidados, a família é que vai estar sempre presente. Cada vez mais, com as altas precoces, as famílias têm de ser implicadas logo desde o primeiro momento. D5.41.*

A maior parte dos enfermeiros, de acordo com Figueiredo (2011), desenvolve a sua atividade no contexto hospitalar, pelo que destacar a área de atuação do enfermeiro de saúde familiar na comunidade exclui desta demonstração de competências especializada um número elevado de enfermeiros. Deste modo os estudantes que desenvolvem os seus ensinamentos clínicos preferencialmente em contexto hospitalar, não têm modelos de referência do que é ser enfermeiro de família. Limitam-se nos ensinamentos clínicos a contactar com a família, para dar, ou para pedir informação.

A família é entendida como cliente dos cuidados quando os profissionais compreendem que esta pode ser alvo do cuidar e precisa de ser ajudada a passar por esta transição, a elaborar os lutos e a reorganizar as dinâmicas familiares se necessário.

*É fundamental para o licenciado ter as noções básicas do que é cuidar a família a viver processos de fim de vida. T5.41.*

*É necessário dar segurança à família para ela poder verbalizar o que pensa e o que sente. (...) Se a família estiver informada, esclarecida é mais fácil entender e aceitar o processo. T6.55.*

*Competências do ponto de vista do relacionamento interpessoal, quer com a pessoa que morre, quer com a sua família. Como é que a família se estrutura a si própria e como está estruturada em torno daquele familiar doente? D11.45.*

Como refere Hesbeen (2000, p. 67) (...) “os cuidados de enfermagem não são mais do que a atenção particular prestada pelo enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares, com objetivo de os ajudar numa situação específica, utilizando as suas competências e qualidades enquanto profissional de enfermagem, para concretizar essa ajuda”.

*A família daquela pessoa, se estiver a sofrer e se não for igualmente acompanhada, também essa família não vai conseguir duas coisas: não vai conseguir vivenciar o seu processo de luto antecipado, ou o luto na ‘altura certa’ e preparar-se para tal; como também não vai conseguir ajudar a pessoa a morrer a vivenciar o seu processo de maneira mais equilibrada. T9.61.*

Durante o período que antecede o óbito, o cuidar centra-se no moribundo e na família, após o falecimento, a tendência é para interromper o cuidar na elaboração do luto. Continuar a proporcionar apoio à família seria um requisito, porque o luto elabora-se em tempos diferentes e de forma diferente nas pessoas do agregado familiar.

Há grupos de risco familiar a quem a enfermagem deve estar particularmente atenta, como referem Astudillo, Mendinueta e Astudillo (2002, p. 43) estes são “as famílias de baixos recursos económicos, mulheres com filhos a cargo e domésticas, e pessoas que vivem sozinhas sem outros apoios familiares, para além dos que sofrem de sentimentos negativos na elaboração do luto como sentimentos de raiva e amargura“. Acresce ainda que quando o processo de morrer é prolongado e os recursos financeiros da família escassos, a satisfação das necessidades dos outros membros são suspensas. O alívio com o fim do sofrimento do doente e da tensão familiar costuma vir carregado de culpa (Caterina, 2008).

Cuidar de família é sentido como uma área pobre dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros referem que ainda estamos num estado muito primário no que se refere a cuidar da família.

*Ainda estamos um bocadinho primitivos nesta questão do cuidar da família. T5.44.*

*Cuidar da família que está stressada, sobrecarregada, não conseguimos, de todo.... T12.25.*

As famílias que enfrentam antecipadamente as perdas numa fase final da doença avançada progressiva, passam por várias etapas, recorrem a diversos serviços de saúde e passam por internamentos transitórios ou em unidades de cuidados paliativos, podendo atravessar três fases diferentes: a fase da preparação e chegada aos serviços, a fase do aqui e agora e a fase da partida (Walsh & McGoldric, 1998). Na fase da chegada as famílias ocorrem normalmente esgotadas pelos seus esforços ineficazes. A fase do aqui e agora, é o período de espera, na qual a antecipação do quando, ou do desenlace final, passa a ser uma experiência do quotidiano. Nesta fase doente e família precisam de compreensão mútua nas mudanças de humor, de coragem e de força para viver cada dia. No momento da partida a tarefa da família é partilhar os momentos finais e fazer a despedida. Os enfermeiros precisam de compreender que há diferentes fases na confrontação e preparação da família para a morte de um membro e grandes diferenças nas culturas das famílias relativas à tolerância ao sofrimento e à despedida, precisando de aprender a separar-se dos clientes, sem se perderem em cada partida (Walsh & McGoldric, 1998).

Numa perspetiva de secundarização da família no processo de cuidar, uma das interrogações dos profissionais é: que tipo de competências para cuidar das famílias? Esta questão necessita de ser clarificada. Quem cuida da família e com que enfoque? Que competências o generalista tem para cuidar da família? Os profissionais mais que obter respostas, formulam questões que lhes fazem sentido tendo em conta a sua experiência e a filosofia que está subjacente ao cuidar.

*Isto de cuidar da família, todos dizem que cuidam .... Mas não é bem assim. Todos fazemos coisas à família, ou dizemos coisas à família. Ou baralhamos a família com tanta informação? Mas será que cuidamos verdadeiramente de uma família? T11.51.*

Para equacionar as questões formuladas, há que distinguir os níveis de abordagem, sendo o cuidar da família, em situação de crise, pela sua complexidade, competências do enfermeiro especialista.

*Nos estágios vão treinando a família como contexto e não uma enfermagem centrada na família, isso é uma área da especialidade, se não, não faria sentido haver uma especialidade de enfermagem de família. D8.24.*

*A família vista como contexto e como recurso seria abordada no CLE, a família vista como sistema e como cliente seria para um 2º ciclo de formação. D7.35.*

A distinção entre os diferentes níveis de conhecimentos e aptidões que os enfermeiros de família precisam de ter para exercer uma prática geral, por oposição a uma prática especializada não é um assunto novo, em 1984 Wright e Leahey, citadas por Hanson



(2005) propunham um leque de conhecimentos e competências básicas para os enfermeiros generalistas e uma especialização avançada em enfermagem de família, o que não difere da perspetiva dos enfermeiros.

*A enfermagem de família é uma área deve ser desenvolvida numa especialidade. T8.30.*

*Na especialidade as pessoas têm outra maturidade. Por isso faz sentido que a enfermagem de família deve ir para uma especialidade, dada a sua complexidade. T8.34.*

Diferentes autores consideram que ser capaz de fazer uma apreciação global da pessoa e da família é uma competência necessária para todos os enfermeiros que cuidam de pessoas e famílias a viver processos de fim de vida. Neste sentido os docentes clarificam que embora não se pretenda que o licenciado tenha competências para fazer enfermagem de família, este deve centrar o cuidar da pessoa numa abordagem sistémica em que deve compreender a influência de algumas variáveis, como as do meso sistema e do crono sistema.

*Não é que eles [licenciados] sejam capazes de fazer enfermagem familiar, que eles não têm competência para isso, mas na abordagem sistémica incluir a família e ter em atenção alguns aspetos característicos de determinadas variáveis. D8.2.*

*No 4º ano, não fica preparado para cuidar da família, mesmo sendo esta como contexto dos cuidados, muito menos cuidar da família como cliente ou como sistema. Neste processo de morrer que envolve o doente e a família há muitas coisas que estão envolvidas e emaranhadas e o estudante não é capaz de dar resposta. Por insuficiência de saberes e de práticas. D9.33.*

As principais dificuldades em desenvolver competências para cuidar das famílias apontadas pelos profissionais não diferem dos estudantes e centram-se em três aspetos: A dificuldade em estabelecer a relação com a família, o focarem-se no doente e não na família e a falta de preparação para cuidar de famílias. Há manifesta dificuldade em estabelecer a relação com a família nos ensinamentos clínicos. Como refere Hesbeen (2000) estabelecer laços de confiança com o utente e família necessita de um processo impregnado de todas aquelas ‘pequenas coisas’ que constituem os cuidados de enfermagem.

*Para que o estudante crie essa relação com a família precisa de muito tempo, são situações muito longas e até nós profissionais que já conhecemos a família há muito tempo também se torna difícil, não no sentido do que fazer, mas difícil no sentido de os ajudar naquele momento a orienta-los, porque eles sentem-se perdidos. T7.27.*

*O cuidar da família ainda é uma área muito deficiente na enfermagem e que normalmente os enfermeiros evitam, e os alunos não têm bons exemplos. D5.42.*

*A maior dificuldade é mesmo a parte comunicacional e relacional com os familiares e também inculcar a comunicação dos familiares com o doente em fim de vida. T1.42.*

Cuidar das famílias tem por objetivo capacitá-la a partir do seu potencial, ajudando-a a ser proactiva, contudo esse cuidar por múltiplos fatores ainda são uma área deficitária da prática e do ensino, na opinião de Figueiredo (2012, p. 69) deveriam “centrar-se na interação entre o enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Enfatizam as relações e a reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos membros em todas as etapas”.

No cuidar em fim de vida o foco geralmente é o doente e não a família, normalmente só no 4º ano, após o estágio de enfermagem da comunidade e da família, os estudantes compreendem a sua importância nos processos de saúde, de doença e de morte.

*Se os estudantes cuidam das famílias como um foco da sua atenção? Digo que não, e isso será de mais para um CLE. Se eles cuidam do doente e o veem inserido numa família e mobilizam a família para o processo de cuidar, com esforço e com aprendizagem, creio que alguns são capazes de o fazer no final do curso, depois do estágio na enfermagem comunitária e da família. Serão capazes de cuidar a família como contexto, mas dificilmente noutra nível mais abrangente. T11.53.*

*O estudante está muito vocacionado para o doente e não para a família. Talvez só no 4º ano, quando vai para a comunidade, é que percebe que há famílias e que têm que ser cuidadas também. D2.60.*

*É um processo normal na evolução do estudante, começar no doente e depois pouco a pouco ir chegando a diferentes níveis de conhecimento e intervenção na família. T6.52.*

A enfermagem de família não se esgota nos cuidados prestados em contexto domiciliar, nem comunitário, pois quando a doença requer hospitalização, os cuidados centrados na família são um imperativo ético. Como referem Wright e Leahey (2009) a doença é um assunto da família, pelo que os processos de saúde/doença são essencialmente vividos no contexto domiciliar e comunitário, visto que as hospitalizações tendem a ser cada vez mais curtas, mas tal pressuposto não deve afastar os enfermeiros que prestam cuidados em serviços de internamento hospitalar das famílias e dos problemas que estas vivem.

*Normalmente quando temos uma família com um dos elementos doente, a nossa atenção, até porque o tempo é mínimo, vai para o doente. E a família que está a viver um processo de fim de vida também está muito fragilizada, mas não têm apoio nenhum. T8.29.*

A prática clínica usada em diferentes contextos centra-se nos indivíduos e na doença física, em vez de ser nas famílias como um todo, como recomenda Hanson, (2005, p. 21) ”os professores devem desenvolver experiências com sistemas familiares centrados

nas relações e interações”. Mas, nos ensinamentos clínicos os estudantes focam-se no doente, negligenciando a atenção à família que precisa de ser cuidada, centrados numa abordagem biomédica em vez de holística ou sistémica.

*Eu acho que os alunos não atendem à família, estão muito fixados naquela situação e no utente. Cada vez mais predomina o paradigma do modelo biomédico e tenho muita pena que assim seja. T5.31.*

Esta filosofia do cuidar não está de acordo com os pressupostos da filosofia dos cuidados paliativos, que incluem o cuidar ativo e total dos doentes e das suas famílias.

*Logo que possível integrar a família, isto em relação ao estudante, porque fazer perceber ao estudante que a família faz parte do processo e não o agora dedica-se ao utente só, à pessoa que está a morrer e a família ficará para depois. Não! São a mesma coisa, por assim dizer. Cada qual no seu papel. Não se pode dissociar a família. T9.59.*

*A pessoa e família, devem ser vistas em conjunto. O que vai morrer e os familiares que ficam estão a viver em simultâneo aquele processo. A família tem que estar sempre associada. T4.50.*

Os enfermeiros chamam a atenção para os pressupostos do cuidar paliativo definido pela OMS (2002), em que se deve aceitar a morte como um processo natural, numa abordagem global e holística da pessoa e da sua família e não como componentes separadas. “Os cuidados paliativos, tendo a preocupação de abranger as necessidades das famílias e cuidadores, prolongam-se pelo período de luto. A unidade recetora de cuidados é sempre ‘doente e família’ e não devem considerar-se realidades desligadas” (Neto, Aitken & Paldron, 2004, p. 16).

Apesar da filosofia dos cuidados paliativos já estar implementada em Portugal há mais de uma década, os profissionais consideram que continua a haver lacunas no cuidar da família a viver situações de crise ligada a perdas.

*Quanto ao ter competências para cuidar das famílias nos processos de viver o fim de vida e o luto, o estudante não sai preparado. D9.27.*

*Os estudantes não têm capacidade de discernimento para observar o doente e as suas alterações ou especificidades próprias da idade ou da patologia, como podem estar atentos às necessidades da família? D4.39.*

Neste estudo é reconhecido a dificuldade dos estudantes em identificar sinais e sintomas de agravamento da pessoa doente, pelo que não é estranho que estas dificuldades sejam extensivas ao lidar com os problemas e as complicações ligadas ao processo de luto familiar. Kovács (2008) aponta a necessidade dos profissionais reverem os seus conceitos, como o do luto patológico, anormal, disfuncional, desviante, entre outros, porque a tendência atual é falar em fatores que complicam o luto, em vez de identificar

os fatores predisponentes, nas circunstâncias anteriores ao falecimento, na situação de morte, ou após o óbito, de modo a prevenir ou minimizar os efeitos de um luto mal elaborado.

É reconhecido que a falta de preparação para cuidar da família é uma fragilidade frequente e antiga. Os docentes consideram que este deficit persiste ao longo da formação, feita em diferentes cursos.

*Os antigos planos de estudos do curso de bacharelato, tinham lacunas neste cuidar das famílias. A prova é quando tínhamos enfermeiros a fazer o Curso de Complemento de Formação, grande parte deles trabalhava a morte da pessoa e não da família. D2. 65.*

A falta de sensibilidade do estudante para dar atenção à família mantém-se na atualidade.

*Mas como é que a família está a viver o processo, ou aquela crise? Normalmente [os estudantes] não sabem, nem dão atenção a isso. T6.51.*

*O estudante também não sabe como fazer a abordagem à família, mas não relatam essa dificuldade. Não a expressam é porque não a identificam. T4.28.*

A questão do ensino de enfermagem de família sempre foi polémico. A American Nurses Association (ANA) (1995, cit in Hanson 2005, p. 21) considera que os “enfermeiros generalistas praticam com uma abordagem abrangente, os cuidados de saúde, podendo responder às questões de saúde de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, enquanto os enfermeiros especialistas são peritos na prestação de cuidados centrados em grupos específicos de fenómenos representantes dum refinamento de interesses”. Ao nível do curso de licenciatura, Gilliss em 1993, (cit in Hanson, 2005) referia que os enfermeiros devem ter formação para intervir com a família como contexto e componente da sociedade, enquanto o mestrado é necessário para a prática da especialidade de enfermagem de família.

### **Síntese das competências a desenvolver para cuidar das famílias**

Historicamente a relação dos profissionais de saúde com o doente e família pautava-se, na opinião de Moreira (2001), pela tradição hipocrática, que recomendava a contenção da informação a dar aos clientes e familiares, pensando que o acesso à informação iria piorar o estado de saúde. Esta tendência veio a ser refutada com a declaração dos direitos do homem e da pessoa doente, que considera a pessoa com direitos e como ser moral e autónomo. Diversos estudos vieram validar a emergência do novo paradigma e

em 1989 um estudo realizado por Perry e Rhodes, cit in Cerqueira (2005) verificou que os doentes e famílias com mais conhecimentos sobre a doença e planos terapêuticos experimentam menos stress e menor ansiedade.

Comunicar com os doentes e com seus familiares é referido, pelos participantes, como uma dificuldade, sendo as competências relacionais as mais deficitárias e as que mais necessitam de ser desenvolvidas. Por outro lado os estudantes tendem a centrar-se no doente e quando se dirigem à família é para recolher informação sobre o cliente, ignorando as suas necessidades e, não a integram no processo de cuidar. Como referem os enfermeiros, não é atribuído ao estudante a responsabilidade de transmitir informação e cuidar da família, pelo que nem percecionam essa dificuldade.

Tanto os profissionais como estudantes consideram que há falta de preparação para cuidar das famílias e, por vezes, os contextos da prática clínica nem sempre são promotores de experiências significativas para que os estudantes aprendam a avaliar as necessidades da família a viver processos de perda e a acompanhá-la na elaboração do luto. Cuidar das famílias enlutadas continua a ser uma área pobre da enfermagem apesar de todos os intervenientes reconhecerem essa necessidade. A Ordem dos Enfermeiros (2011a) considera que a adaptação e a reconstituição são atividades que a família empreende para preservar ou restaurar a estabilidade e as suas funções habituais, o que pode ser facilitado com a ação de enfermeiro. Os familiares destes doentes estão sujeitos a situações de tensão que afetam o seu padrão habitual de resposta e o seu equilíbrio instável. A reação da família depende da forma como diferentes fatores afetam a unidade familiar, da capacidade de adaptação e de resiliência que cada família tem para manter a estabilidade interna e dos apoios proporcionados. Meleis (2010) acrescenta que o processo de transição pode ser inibido ou facilitado consoante a influência dos fatores como significados, crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais.

É necessário ajudar tanto a família, quanto o doente a perceber que a doença pode não desequilibrar totalmente o lar, nem privá-los de momentos de lazer e de descanso. A doença, mais ou menos prolongada, pode permitir que a família se adapte e se transforme de forma gradual, preparando-se para a ausência do familiar (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009). Em alguns processos de preparação para a morte é necessário os profissionais ajudarem as famílias na elaboração do luto, entre os quais: o reconhecer a perda, o reagir à separação, recolher e (re)vivenciar as experiências com a

pessoa perdida, abandonar ou desligar de relações antigas, reajustar-se a uma nova situação, reinvestir energia em novas relações (Kovács, 2008).

A morte perturba o equilíbrio familiar e os padrões de interação. “O processo de recuperação envolve um realinhamento das relações e a redistribuição dos papéis necessários para compensar a perda e prosseguir com a vida familiar. Promover a coesão e a flexibilidade familiar é crucial para a sua reestabilização” (Walsh & McGoldrick, 1998, p 37). Pelo que a enfermagem ao cuidar da família ajuda-a a aceitar a morte de modo a não temer, nem a acumular angústia ao confrontar-se com a perda inevitável. “É a aprendizagem do desinvestimento afetivo necessário para que se possa elaborar o desligamento e a separação que estão por advir. É um tempo precioso e ao mesmo tempo delicado da resignação, que se bem elaborada propicia uma maior harmonia consigo mesmo” (Oliveira, Voltarelli, Santos & Mastropietro, 2005, p. 65).

As famílias são clientes complexos e dinâmicos que constituem um enorme desafio para os enfermeiros. Hanson (2005, p. 9-10) apoiada nos estudos de Bomar (1996) desenvolveu cinco níveis diferentes para a prática de enfermagem de família, utilizando o paradigma de Benner, de iniciado a perito.

No nível de *principiante* está o enfermeiro generalista, licenciado, cujo foco do cuidar é o indivíduo no contexto familiar.

No nível de *principiante experiente* está o enfermeiro generalista, licenciado com experiência profissional, cujo foco do cuidar é o indivíduo no contexto familiar e a enfermagem interpessoal de família.

No nível de *competente* está o enfermeiro especialista, mestre, cujo foco do cuidar são: o indivíduo no contexto familiar, a enfermagem interpessoal de família, unidade familiar e os parentes.

No nível de *eficiente* está o enfermeiro especialista graduado, mestrado com experiência acrescida, cuida a família em todos os níveis e inicia a investigação em enfermagem de família.

No nível de *perito* está o enfermeiro especialista graduado, doutorado, cuida a família em todos os níveis e desenvolve ou realiza investigação sobre a enfermagem de família.

Os participantes questionam o tipo de abordagem da família considerando que esta pode ser contexto, ou cliente de cuidados e que para cuidar de famílias a viverem processos

de transição ligadas ao luto devem ser assistidas por enfermeiros especialistas. Mas, é da competência do generalista fazer a apreciação, conhecer a sua história, recursos, crenças e valores, estilo de vida, modo de comunicar, capacidade de tomar decisões, podendo constituir um recurso fundamental para as apoiar nas suas escolhas e ajudá-las a reforçarem-se em momentos de transição, crise, luto ou perdas, o que poderá constituir momentos de crescimento e gratificação familiar. Mas, para que tal aconteça é necessária investigação, formação e divulgação de exemplos de boas práticas de enfermagem de família (Figueiredo, 2011).

Há vários fatores que contribuem para o deficit da enfermagem de família, Hanson (2005) refere, entre outros, a abordagem eclética da avaliação da família em vez de utilizar modelos específicos de modo a serem mais sistemáticos e completos. Por outro lado as escolas ensinam melhor a avaliação das famílias do que as estratégias de intervenção, o que explica estes cuidados estarem num estágio muito precoce de desenvolvimento. Verifica-se que as estratégias de intervenção deviam ser mais relevantes e terem mais recursos. Por outro lado a prática baseada na evidência ainda escasseia, visto que a investigação na área da enfermagem de família é parca.

A figura 15 sintetiza a ideia expressa pelos participantes, sobre as dificuldades para cuidar das famílias, quer estas sejam contextos dos cuidados dirigidos ao doente, quer estas sejam também clientes a cuidar, contudo a experiência e a formação podem ser factores facilitadores.



Figura 15. A enfermagem no cuidar de famílias

## CAPITULO IV

### CONCLUSÕES E SUGESTÕES

*“A tragédia não é quando um homem morre.  
A tragédia é o que morre dentro de um homem  
quando ele está vivo.”*

(Cortella, Mário Sérgio, 2001)



## 1. SINTESE CONCLUSIVA

*“Temos aprendido a voar como os pássaros,  
a nadar como os peixes, mas ainda não aprendemos  
a sensível arte de viver como irmãos”.*  
(King, Martin Luther, 1961)

Esta pesquisa emergiu de uma preocupação da autora, que a acompanha desde o início do percurso profissional. Enquanto estudante de enfermagem sentiu perplexidade face à morte inesperada, não sabia como interagir com as pessoas que acabavam de perder um familiar de forma accidental. Como enfermeira assistiu com emoção à crise por que passam as famílias e os doentes quando o fim da vida se aproxima. Tal como os clientes, também os profissionais e, particularmente os iniciados na profissão, expressavam dificuldades em lidar com os processos de morte, não só no cuidar do moribundo, mas dos familiares em diferentes fases de elaboração do processo de luto. Enquanto docente continuou a verificar esta fragilidade na aprendizagem dos estudantes, que revelam atitudes de evitamento e fuga acompanhadas de ansiedade e medo, porque também não aprenderam a saber situar-se perante a morte. Esta dificuldade não é recente, mas tende a perpetuar-se como resultado da representação social elaborada em torno das conceções tanatológicas das sociedades pós modernas ocidentais.

Este capítulo sintetiza as fragilidades do estudo e os aspetos mais relevantes emergentes nos relatos dos participantes que permitem refletir sobre o processo de ensino aprendizagem, encontrar resposta às questões de partida, clarificar alguns deficit e propor eventuais alternativas capazes de minimizar aspetos corrigíveis, de modo a repensar o processo de aprendizagem.

Pretendeu-se investigar o modo como aprendem os estudantes de enfermagem a cuidar pessoas e famílias a viverem processos de finitude, e se durante o curso desenvolvem um cuidar holístico. Para tal optou-se por uma abordagem qualitativa, entrevistando estudantes e profissionais envolvidos no processo formativo (docentes e tutores). Neste estudo naturalista descritivo, o confiar em diversas perceções da mesma realidade, envolvendo a triangulação de diferentes informadores e suas interpretações da realidade, permitiu uma análise interpretação dos dados empíricos mais confiável do que centrar a pesquisa apenas na opinião dos estudantes. Numa primeira fase entrevistamos só estudantes que se voluntarizaram para falar sobre as suas aprendizagens nesta área de

cuidados, e se mostraram sensíveis ao apelo para partilharem as suas experiências e aprendizagens, tendo no final agradecido à professora pelo interesse em investigar esta área e poder contribuir para a sua formação. Na segunda fase quando solicitados a participação de estudantes que não tiveram experiências no cuidar em fim de vida, o leque de voluntários estreitou e os que quiseram participar fizeram-no de forma lacónica e pouco expressiva.

O material obtido nas 44 entrevistas foi sujeito ao procedimento de análise de conteúdo de acordo com a metodologia preconizada por Bardin (2004) que refere a necessidade da exclusão mútua o que só foi conseguida após o contributo da revisão por pares, em que um juiz externo ajudou a recontextualizar as unidades de registo. Desta análise resultaram as seguintes áreas temáticas: perceção da morte; aprender a cuidar em fim de vida; perspectiva sobre o processo de ensino aprendizagem; competências a adquirir para cuidar de pessoas em fim de vida e para cuidar da família a viver processos de elaboração de perdas e luto. Temos consciência das limitações deste estudo, como referimos os achados não podem ser generalizados a outros contextos formativos, mas também não foi essa a intenção da pesquisa.

O trabalho elaborado insere-se no doutoramento em formação de adultos e está enquadrado no contexto educacional, social e profissional dos participantes, bem como no momento histórico em que vivem e na etapa do desenvolvimento que atravessam. Verifica-se pelas peculiaridades da amostra, como pela consulta de registos dos serviços administrativos, que os estudantes do CLE situam-se maioritariamente no grupo etário dos jovens adultos, com menos de 25 anos, o que se caracteriza por: viverem um prolongamento da escolaridade, com dependência económica dos pais, distanciação em relação ao meio familiar, mobilidade física e cultural, contactando com outros meios e ambientes socio profissionais, com necessidade de encetar novas redes de comunicação, ter iniciativa e criatividade de modo a poder dar resposta às solicitações externas e internas (Pinheiro, 1994).

Nas décadas de 60 e 70 vários pesquisadores, como Erikson, Perry, Sanford, Healt, Kohlberg, Chickering, Keniston e outros<sup>6</sup>, começaram a interessar-se por esta fase inicial da vida adulta, elaborando teorias explicativas, ou modelos sobre o

---

<sup>6</sup> Como referiram Ferreira e Hood (1990), com base nos estudos de Erikson (1968), Sanford (1962), Healt (1965) Chickering (1969) e Perry (1970), há uma relação estreita entre o desenvolvimento psicossocial do estudante universitário e o sucesso atingido posteriormente na vida adulta, pelo que despertou interesse pesquisar esta etapa do desenvolvimento.

desenvolvimento dos jovens adultos, que nesta fase da vida são confrontados com realidades e exigências diversas, para as quais não estão preparados, sendo-lhes pedido sucesso escolar. Aos estudantes da área da saúde, e particularmente os de enfermagem, não basta ter sucesso, é necessário estarem apetrechados com um leque de competências específicas inerentes ao desempenho da enfermagem, mas também com competências transversais e maturidade.

Os estudantes perscrutados frequentavam o último semestre do curso, organizado em torno de uma pedagogia de ensino em alternância, formada por blocos de ensino teórico, teórico-prático e laboratorial, seguidos de ensino clínico, sendo este último gradual de modo a permitir ir assumindo mais responsabilidades nos cuidados dando resposta a situações cada vez mais complexas.

Apesar da modalidade de ensino clínico decorrer desde o 2º ao 8º semestre, continua a haver estudantes que terminam o curso sem se confrontarem com a morte e o fim de vida. Para a maioria, a primeira experiência de contacto com a morte ocorreu nos ensinamentos clínicos, visto que nunca vivenciaram o fenómeno na vida familiar e social, o que foi sentido com grande intensidade emocional. O mesmo tipo de experiência foi referido pelos profissionais, acrescentando os que nunca haviam obtido preparação para cuidar em fim de vida no curso, que o confronto com a morte pela primeira vez no exercício profissional foi doloroso. Este despreparo aliado à falta de maturidade dos jovens adultos levou-os, apesar de compreenderem a morte como um fenómeno natural, a encara-la com dificuldade e a adotar, por vezes, estratégias de coping pouco adequadas.

Ao indagar sobre o modo como os participantes aprenderam a cuidar de pessoas em fim de vida, registamos diferentes tipologias: os que não aprenderam, nem se sentem preparados, nem vocacionados para trabalhar nesta área; os que reconhecem que podem melhorar o seu desempenho e se interessam pelo cuidar paliativo; sendo os profissionais que frequentaram o ensino pós graduado nesta área, que, na sua ótica, desenvolveram mais competências para cuidar de pessoas com doença avançada e progressiva e das suas famílias. Numa análise retrospectiva recordam que quando iniciados também não tinham maturidade, nem estavam sensíveis para cuidar de forma digna o moribundo, proporcionar uma morte serena ou estabelecer uma relação terapêutica.

A morte fugiu do ambiente doméstico e foi esconder-se no institucional, protegida do olhar da sociedade, como sendo algo feio e a evitar, pelo que não admira que a

representação que dela temos seja elaborado a partir de um tabu social e vista como um fenómeno atirado para bem longe, numa tentativa de prolongar a esperança de vida e quicá a imortalidade. Mas, quando surge é traumática e suscita emoções negativas aos que a rodeiam. É a visão metafísica da morte que encontra eco nas filosofias de vida e nas religiões, que vem amenizar o horror que esta provoca, alimentando a crença de que falecer é uma transição, e que o Ser continua a existir, possivelmente noutra dimensão, que também nos aguarda e acolhe.

O percurso de aprendizagem não é isento de dificuldades sendo estas intrínsecas ou extrínsecas ao aprendente. As primeiras são de diversa natureza: cognitiva, emocional, relacional ou de desenvolvimento; enquanto as segundas prendem-se com vários fatores dos quais destacamos nesta pesquisa a estrutura curricular com pouco investimento na formação para o cuidar em fim de vida, contextos da prática clínica nem sempre são estimulantes e promotores do desenvolvimento de competências, agravado pelo deficit de articulação entre os parceiros envolvidos na formação e pela falta de apoio da equipa docente nos ensinamentos clínicos.

Como fatores facilitadores da aprendizagem foram analisadas várias componentes. No ensino teórico houve UC que deram importantes contributos, nomeadamente a ética, a relação de ajuda, os conteúdos relativos à enfermagem multicultural e a UC de ASE. Algumas UC de opção podem ser um recurso que permite aos interessados desenvolver saberes e práticas a mobilizar para os cuidados a pessoas e famílias a viver processos de finitude. Na componente ensino clínico têm a possibilidade de no último semestre poderem optar por serviços de cuidados paliativos e de cuidados continuados, onde têm apoio de supervisores clínicos peritos nesta área do cuidar, o que facilita o desenvolvimento de saberes e de competências.

As metodologias de suporte ao processo de aprendizagem em contexto clínico, como a reflexão sobre a prática, a elaboração de um projeto de aprendizagem, a partilha de experiências, o estudo de casos e a elaboração de jornais de aprendizagem, podem ser facilitadoras da aprendizagem, se usadas com rigor, adequação e parcimónia.

Os fatores que os profissionais consideraram como facilitadores diferem dos estudantes. Os profissionais salientaram a integração, o apoio da equipa, a partilha de situações com os pares, a experiência, a formação adquirida ao longo da vida e a reflexão sobre as práticas como os fatores que mais contribuíram para o desenvolvimento pessoal, profissional, sendo o substrato na elaboração de uma filosofia de vida promotora do

auto conhecimento, da auto aceitação de si e que lhes deu suporte no agir profissional sustentado em valores da cidadania e da ética profissional de modo a valorizar o outro, que sendo diferente, necessita de ser reconhecido nas várias dimensões, que o tornam um ser único.

O modo de perspetivar o processo de ensino aprendizagem é descrito a duas vozes, a dos estudantes e a dos profissionais. A confinada experiência dos estudantes leva a que as suas críticas e sugestões se circunscrevam aos processos e às metodologias em uso no CLE, apontando fragilidades no ensino teórico, laboratorial e clínico, que, na sua opinião, não os prepara para cuidar de pessoas em fim de vida, nem para atender às necessidades das famílias enlutadas. Os profissionais com experiência pedagógica e assistencial têm outras perspetivas. Os docentes consideram que a morte deve ser abordada nas UC teóricas de enfermagem, começando por desmistificar o conceito de morte e de morrer, numa perspetiva de complexidade ascendente em que se parte da contextualização do que é a morte para mim, depois para o outro que está enfermo (em diferentes etapas do ciclo de vida e em diferentes processos de morrer) e posteriormente para a família que se prepara para a perda. Esta formação deve incluir a filosofia do cuidar em fim de vida e dos cuidados paliativos relacionando-os com os valores da profissão, analisados à luz do código deontológico dos enfermeiros. Consideraram que para rentabilizar o trabalho autónomo, os estudantes devem ser orientados para a pesquisa e indicada bibliografia de suporte.

Na componente ensino clínico os profissionais consideram imperativo estabelecer uma relação pedagógica consistente. Tendo presente a relação entre formar e cuidar, os vêem o estudante como cliente, no centro do processo pedagógico, visto que tanto na prestação de cuidados, como na formação permite-se que a pessoa se coloque na experiência e cresça a partir dela (Martin, 1991). Neste tipo de ensino o estudante carece de ajuda para ultrapassar as dificuldades e aprender a refletir na prática e sobre a prática, bem como sobre os conceitos que estão subjacentes à prática fundamentada na evidência científica, de modo a ir construindo competências em diferentes domínios. Mas, para que tal ocorra a supervisão clínica, feita pelos docentes, tem de ser baseada em orientações personalizadas, com controlo na evolução da aprendizagem e não em incursões esporádicas aos locais da prática clínica.

Na opinião dos tutores o cuidar para morte tem outra orientação filosófica diferente do cuidar para a cura ou reabilitar e precisa de ser explicitado de modo que o estudante

compreenda a filosofia do cuidar paliativo e aprenda a proporcionar uma morte digna e serena. Sendo os enfermeiros os profissionais que lideram estes cuidados, assumem o papel de modelos perante os estudantes e são cruciais na construção da identidade e do saber profissional, como refere Carvalho (2003). Para que o ensino clínico seja bem-sucedido o tutor deve ir encaminhando o percurso do estudante tendo em conta a apreciação das suas necessidades formativas.

Para todos os grupos de participantes o ensino clínico é visto como um espaço onde, para além de outras dimensões, emerge a afetiva, pelo que o estudante necessita ser amparado nas suas descobertas e no modo como lida com a carga emocional que se gera em momentos de grande interação humana, como são os processos de elaboração da perda e do luto e os momentos de despedida final.

O ensino de enfermagem tem sido alvo de sucessivas reformas nas últimas três décadas, de modo a acompanhar a evolução das políticas de educação nacionais e internacionais, e preparar enfermeiros para dar resposta aos problemas de saúde emergentes, como salientam os profissionais, a enfermagem deve responder aos imperativos da sociedade em mudança e os planos de estudos dos cursos devem ter em conta os indicadores demográficos, a expressão epidemiológica dos problemas de saúde e sociais, bem como os determinantes sociais dos processos de saúde e de doença.

O plano de estudos do curso de licenciatura que serviu de instrumento metodológico para sistematizar e hierarquizar a elaboração de saberes e competências dos estudantes entrevistados foi analisado pelos participantes, sendo comum a opinião de que a componente teórica carece de espaço e de tempo para abordar conteúdos relativos à morte, o que na opinião de Sapeta (2003) não difere do plano de estudos das outras escolas do país em que há deficit de horas para desenvolver este tema, não havendo nenhuma UC ou modulo em enfermagem que agregue a problemática, estando os conteúdos dispersos ao longo das UC de enfermagem.

O tema da morte, que não se esgota na componente teórica, deveria ser retomado e complementado em ensino clínico de modo que o docente o pudesse abordar em pequenos grupos de estudantes, a partir da metodologia de estudo de caso ou da reflexão sobre a prática. Porém, com estágios de curta duração (inferiores a 6 semanas) e um rácio de horas de orientação tutorial reduzida, a aproximação do docente ao discente tende a centrar-se mais na componente avaliativa e no resultado, do que no processo de aprendizagem. Como salientam os participantes seria desejável os profissionais estarem

atentos às várias dificuldades dos estudantes que se situam nos domínios: *cognitivo, emocional, relacional e prático*.

Os deficit no domínio *cognitivo* são expressos, não só por falta de conhecimentos científicos, mas também da sua integração e transferibilidade para a prática clínica, o que de algum modo se consubstancia na elaboração dos saberes processuais em que emergem planos de estratégias de cuidar centradas no modelo biomédico, em vez da abordagem holística ou sistémica do cliente. Na prática, a falta de apetrechamento dos estudantes, manifesta-se na necessidade de desenvolver um leque de competências profissionais que os capacitem para cuidar de pessoas em sofrimento. Necessitam, entre outras, de aprender a avaliar a situação de término de vida nas várias dimensões e de saber identificar sinais e sintomas de desconforto e sofrimento, de modo a mobilizar estratégias de alívio da dor e do mal-estar, que não se centrem só na terapêutica farmacológica, mas que incluam intervenções autónomas de enfermagem para proporcionar conforto e bem-estar.

No domínio *emocional*, para além de não solicitarem a ajuda necessária em tempo útil, os estudantes têm dificuldade em gerir as emoções e os sentimentos que emergem na relação com o cliente, o que os leva a adotar mecanismos de coping desadequados. Ao cuidar de pessoas em situação de doença avançada progressiva, é preciso ultrapassar o receio de ‘mexer nas próprias perdas e feridas’, porque se expõem as fragilidades e vulnerabilidades internas. O estudante necessita de se sentir tranquilo e não ameaçado pelo sofrimento do outro, o que pressupõe uma certa maturidade, nem sempre conseguida. Na verdade somos todos ‘cuidadores feridos’ transportando os nossos medos, dores e perdas. “É preciso assumir verdadeiramente a fragilidade da nossa condição humana, os nossos limites, para depois como profissionais, pôr o melhor de nós ao serviço dos doentes e das famílias que necessitam” (Neto, Aitken & Paldron, 2004, p. 43).

No domínio *relacional*, verifica-se que alguns jovens não tiveram oportunidade de desenvolver competências relacionais na vida social o que lhes dificulta estabelecer uma relação profissional ou uma relação de ajuda, o que na opinião dos docentes é agravado pelo excessivo uso das tecnologias de informação que não são promotoras da proximidade, nem da interação relacional. Na relação com o cliente, necessitam de desenvolver posturas adequadas, descentrar-se de si para poderem atender às necessidades do outro, que nem sempre são verbalizadas, mas expressas de diferentes

modos. Como salientam os profissionais não basta saber ouvir, é necessário uma escuta recheada de sabedoria que permita interpretar e decodificar as mensagens dos clientes, quer através da comunicação digital, quer analógica.

As dificuldades acentuam-se no domínio da *prática do cuidar* de modo a prestar cuidados de qualidade ao doente e família. Neste sentido precisam de aprender a articular os diferentes tipos de saberes, a gerir a dimensão afetiva e relacional, a integrar uma prática reflexiva sustentada em valores e em estabelecer relações de cooperação com a equipa. A *prática do cuidar* torna-se mais complexa ao cuidar da família, quer esta seja entendida como um contexto onde se insere o doente, quer seja considerada como cliente a ser cuidado. A família entendida como contexto é utilizada para colher, ou dar informação ou ser parceira nos cuidados ao doente, descurando as necessidades das famílias nesta fase de elaboração do luto.

Os estudantes tendem a centram-se no cuidar do doente e nas tarefas instrumentais, como defesa, para não estabelecer a relação com a família, sendo uma das dificuldades, pensar que a família os questione e não saibam responder. A família precisa de ser integrada nos cuidados prestados ao doente e, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a fase de doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustes que a doença e o doente necessitam, precisam de intervenções a nível afetivo e cognitivo.

“A morte não pertence a nenhuma especialidade ou ciência em concreto” (Oliveira, 1998, p. 9). Pertence ao ser humano, pela forma como a vê, a sente, a representa ou vivência e neste trabalho pretendemos pesquisar como aprender a lidar com ela e a cuidar dos que a sentem mais próxima. Os testemunhos dos participantes deixam-nos a certeza de que não é fácil aprender a cuidar para a morte, embora o cuidar em fim de vida seja uma área emergente na saúde, tendo por referência os indicadores demográficos, os padrões de morbilidade e as características da mortalidade. A filosofia do cuidar paliativo, como referem Neto, Aitken e Paldron (2004) tem vindo progressivamente a ser desenvolvida e hoje o morrer com dignidade é reconhecido pela comunidade europeia, que vem publicando legislação nesta área da saúde. No entanto continua a haver grandes assimetrias na resposta e qualidade destes cuidados, no nível e exigência de formação dos profissionais envolvidos, quer entre os países, quer dentro do mesmo país.



Em Portugal, os cuidados paliativos não são reconhecidos como uma especialização médica ou de enfermagem. Mas a complexidade e variedade de patologias, requer o manejo exigente de um largo espectro terapêutico e a gestão de situações de sofrimento exigem dos profissionais uma preparação sólida e diferenciada.

Como referem Cardoso, Bernardo, Carvalho, Fradique, Gonçalves, et al (2008, p. 14) “O reconhecimento que o apoio aos doentes em fim de vida constitui um défice na formação dos profissionais de saúde deve justificar a introdução dos cuidados paliativos na formação pré-graduada e na formação pós-graduada dos vários técnicos de saúde”. Idêntica opinião é partilhada por Sapeta (2011) ao considerar que a formação em cuidados paliativos deve ocorrer desde o nível pré-graduado, mas também pós-graduado e de formação contínua dentro dos serviços, que deve incluir o desenvolvimento pessoal, o lidar com a morte e o morrer, o alívio de sintomas e do sofrimento existencial, o trabalho em equipa e a gestão de dificuldades baseada na técnica de resolução de problemas, usando para o efeito preferencialmente metodologias ativas enquadradas no modelo de aprendizagem de adultos.

## 2. RECOMENDAÇÕES

*"Morre-se quando morrem pessoas  
que de facto amamos e nos amaram.  
E há mil formas de amar e de ser amado."  
(Seixas, Artur, 2008)*

Chegada ao desfecho do estudo, este périplo não ficaria completo sem tecer algumas sugestões e considerações finais. Parti para esta pesquisa com o objetivo de estudar e compreender uma realidade da prática enfermagem: Como aprendem os estudantes a cuidar de pessoas e famílias a viverem processos de fim de vida?

Chego ao final deste trabalho, que procura responder a cogitações antigas, mais apaziguada com as preocupações latentes e com a satisfação de não só ter conseguido elaborar algumas respostas para esta questão, reequacionar outras perguntas, como de me sentir mais rica, mais madura, mais reflexiva e mais capaz de ajudar os estudantes neste processo de aprendizagem, com tudo o que me foi possível aprender e refletir.

O estudo possibilitou compreender, a partir dos dados empíricos que, para aprender a cuidar em final de vida, os estudantes vão se desenvolvendo num percurso formativo ao longo da vida, o que envolve múltiplas variáveis de diferentes domínios: cognitivo, afetivo, relacional, espiritual e socio profissional, entre outros.

Para assumir a responsabilidade de cuidar é necessário que o estudante seja capaz de se ir desenvolvendo como pessoa e como profissional nos seguintes aspetos: na conceção de *ser competente*, no ser capaz de *gerir emoções*, de manter o equilíbrio entre a *autonomia e a interdependência*, de estabelecer *relações interpessoais* e de estruturar a sua *identidade profissional* como cuidador. Por outro lado será indispensável que o futuro enfermeiro tenha adquirido saberes e competências, pelo menos, em quatro áreas que considero fundamentais para cuidar das pessoas em fim de vida: a interpretação, avaliação e *controlo dos sintomas*, a *comunicação* adequada com todos os intervenientes, o *apoio à família* e o ser capaz de *trabalhar em equipa*. Não privilegio nem hierarquizo nenhum destes fatores, pois terão que ser agregados e mobilizados em sintonia com o modo como se processam os cuidados.

No que se refere ao sentido de *ser competente*, o estudante tem de interligar várias dimensões da competência, a cognitiva, a psicomotora e a capacidade de relação interpessoal. Para desenvolver a competência cognitiva é necessário que para além de adquirir um corpo de saberes de diferentes domínios das ciências sociais, da filosofia,

da ética, da saúde e específicos da enfermagem, que os saiba interligar, articular e mobilizar. Inclui-se na competência cognitiva a capacidade de identificar e definir problemas, dilemas éticos ou de outra natureza e ser capaz de emitir juízos fundamentados sobre as suas decisões. Formular questões e hipóteses e procurar respostas com base na evidência científica. Ao licenciado em enfermagem é esperado que, para além de desenvolver a capacidade de reflexão na prática e sobre as práticas, seja capaz de identificar necessidades formativas e encontrar estratégias para as colmatar através de um processo de aprendizagem ao longo da vida e que inclui, não só a autoformação, mas também a procura de ofertas formativas capazes de satisfazer as suas necessidades e as exigências do seu trabalho. A competência psicomotora expressa-se na destreza manual, no toque e no modo de realizar procedimentos técnicos aliando a técnica à arte de fazer. Quanto à capacidade de relação interpessoal, inclui a capacidade de relacionar-se profissionalmente com os utentes, famílias, com os pares e com outros elementos da equipa de saúde, expressar com clareza as suas ideias e ser capaz de escutar e respeitar as dos outros.

Para ser capaz de *gerir emoções* é necessário, em primeiro lugar, ter consciência delas para as poder integrar, o que resultará quer na sua expressividade quer numa maior flexibilidade emocional (Rodrigues, Pereira & Ferreira, 2006). O processo de aquisição de maturidade emocional implica confrontar-se com desafios que o estimulem a aprender a autoconhecer-se e a elaborar mecanismos de coping adequados, sendo no ensino superior que os estudantes têm oportunidade de conhecer e aprender a lidar melhor com as emoções e sentimentos que antes foram geridos por regras morais mais rígidas, próprias das fases do desenvolvimento moral prévias (Lourenço, 2006). Ao cuidar para o fim de vida o estudante é confrontado com emoções e sentimentos que o levam a interrogações mais profundas sobre o valor da vida, da morte, da degradação da pessoa, do sentido do sofrimento e a espelhar-se no outro, sobretudo se o moribundo é jovem, ou tem uma história de vida próxima da sua.

No processo de articulação da *autonomia* versus *interdependência*, o estudante desenvolve, na opinião de (Rodrigues, Pereira & Ferreira, 2006) a independência emocional, a instrumental e o reconhecimento da necessidade de interdependência. A independência emocional significa ser livre de necessidades contínuas de afeto, segurança e aprovação. Este processo teve início com a separação parental e com a consequente transferência de confiança para outro grupo, podendo ser os pares, ou os

orientadores, de modo a que posteriormente o seu suporte emocional seja elaborado com base nos próprios pensamentos, reflexões, percepções e valores que orientam o seu estilo de vida, as escolhas e as decisões. A independência instrumental resulta na capacidade dos estudantes se confrontarem e resolverem problemas sem necessitarem de procurar apoio de forma sistemática, desenvolvendo-se como pessoas autónomas. O reconhecimento e a aceitação da interdependência requer o assumir de forma coerente e consistente as suas responsabilidades pessoais e profissionais, sendo capaz de distinguir quando decidir sozinho, ou quando pedir ajuda a outros profissionais, ou que tipo de recursos mobilizar para aquela situação.

A gestão das *relações interpessoais* aprende-se desenvolvendo a tolerância, o respeito, o aceitar a diversidade e pela capacidade de estabelecer diferentes tipos de relações: profissionais, de solidariedade, de partilha e até de intimidade. O desenvolvimento da tolerância passa pela capacidade de lidar com a frustração, com a impotência do seu cuidar face à inevitabilidade da morte e com a capacidade de lidar com o desconforto causado pelas dinâmicas das relações interpessoais e interprofissionais e pelos diferentes pontos de vista dos atores em saúde. Ao desenvolver a tolerância vai melhorando a capacidade de aceitação e de resposta face às diferenças do outro, sejam elas ideológicas, religiosas, filosóficas, culturais, ou de outra natureza.

Ao *estruturar a identidade* própria e como profissional de saúde o futuro enfermeiro, passa por diferentes processos, como o conforto com o próprio corpo, com a aparência, com o saber-estar profissional, isto é, o desenvolver o sentido do self num contexto socio profissional, histórico, cultural e institucional. De acordo com Rodrigues, Pereira e Ferreira, (2006) os estudantes que desenvolvem a identidade parecem ter mais estabilidade pessoal, apresentam um sentido hierarquizado dos valores e de auto confiança que lhes permite lidar melhor com os diferentes desafios profissionais. Na atual sociedade as tarefas principais da educação não é só a socialização, mas também a construção da identidade.

Todas as vertentes do cuidar necessitam que os profissionais adquiram treino e formação, no caso da correta apreciação e valorização dos sinais e sintomas e de outros problemas do doente e da família é necessário desenvolver saberes e estar atento a pormenores que permitam promover cuidados antecipatórios capazes de reduzir situações de desequilíbrio funcional, ou prevenir complicações. Cuidar em fim de vida não dispensa o rigoroso *controlo sintomático*, mas vai mais além, controlar sintomas

não garante que se esteja a intervir adequadamente no sofrimento deste tipo de doentes. “De igual forma, negligenciar o controlo sintomático inviabiliza que o doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver” (Neto, Aitken & Paldron 2004, p. 19).

Para garantir um controlo de sintomas eficaz é fundamental o recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas e, no segundo grupo onde se situam as intervenções autónomas de enfermagem há muitas medidas de conforto que devem ser aprendidas para poderem ser implementadas e integradas num plano terapêutico e de cuidados, elaborado pela equipa em sintonia com o cliente e família.

Desenvolver uma *comunicação* adequada com os clientes implica ser capaz de estabelecer uma relação com a pessoa e com a família, que envolvem aspetos como o dizer as verdades que ninguém gostaria de ouvir, transmitir as más notícias, anunciar ou clarificar o prognóstico ou resultados de exames complementares, descodificar a linguagem médica e ser interprete do cliente, lidar com as situações de revolta, agressividade e conspiração do silêncio, em que a família alicia o profissional para este ocultar a informação ou sonegar a verdade ao doente. Como referem Neto, Aitken e Paldron (2004, p. 19) é importante ter presente que o “silêncio forçado e a impossibilidade de partilhar sentimentos e emoções complexas gera ainda maior isolamento e sofrimento no doente, também aqui a formação tem de estar presente, bem como a preocupação com a personalidade e a honestidade em cada situação”.

Quanto ao *cuidar da família*, esta partilha frequentemente os problemas do doente, outras vezes, apresenta necessidades específicas mais complexas que as do familiar. A família é simultaneamente prestadora de cuidados, mas carece de ser cuidada e os profissionais devem ter isso em conta de modo a integrar de forma sistemática o apoio à família na prática dos cuidados.

São múltiplas as necessidades destes doentes e famílias que determinam, por um lado a abordagem holística do sofrimento, e por outro, uma intervenção em equipa interdisciplinar, em que cada um aporta com os seus saberes e diligências para um cuidado centrado no cliente e que inclui a família, pois não basta agrupar diferentes profissionais de saúde, voluntários e cuidadores. Um grupo sem liderança clara, sem objetivos comuns, sem partilha de dificuldades e de soluções, sem respeito pelos aportes e saberes de cada um, dificilmente se tornará uma equipa interdisciplinar capaz de refletir sobre as melhores respostas para problemas e dilemas de natureza clínica, ética,

ou social. É necessário que todos conheçam a missão do grupo e a de cada um, e que coloquem sem qualquer tipo de demagogia o doente e a família no centro das decisões. Como referem Neto, Aitken e Paldron (2004) as decisões do doente e família devem ser apoiadas, esclarecidas e respeitadas, sendo desejável aliar ciência e compaixão.

A intervenção do *enfermeiro na equipa* difere se o cliente está em internamento, em contexto domiciliar ou com incursões a internamentos esporádicos para acerto de terapêutica ou controlo sintomático. Mas, em qualquer dos ambientes em que os clientes e famílias se encontram, estes devem ser apoiados por enfermeiros competentes. Para tal precisam de aprender a garantir a qualidade dos cuidados, a articulação dos mesmos e a mobilizar os recursos necessários para cada fase do processo, em função de uma correta avaliação das necessidades do doente e da família, de modo que a pessoa possa morrer confortável, em paz, com dignidade e a família se sinta apoiada.

Apesar dos doentes em fim de vida serem uma presença assídua nos diferentes serviços de saúde, continua a haver estudantes que terminam o curso de enfermagem sem terem feito aprendizagens para cuidar de pessoas a viver situações de transição que envolvem perdas, lutos e processo de morrer. Chegam à profissão sem apetrechos que lhe permitam cuidar destes clientes, pelo que urge ajudar os estudantes a desenvolver competências cuidativas, como refere Abiven (2001, p. 32) “o cuidar em fim de vida deve ser ensinado aos estudantes como uma disciplina nova, a do morrer”.

Este aprender a cuidar deve ser desenvolvido ao longo do curso em diferentes etapas, de acordo com o percurso do estudante. Numa primeira fase preconiza-se aprender a lidar com a morte em si, como estruturar a finitude da vida e desenvolver competências emocionais para lidar com os sentimentos e emoções, numa perspetiva humanista. À medida que o estudante vai adquirindo maturidade emocional deve ser orientado para lidar com a morte do outro, compreender os processos de fim de vida nas múltiplas dimensões que o envolvem, para posteriormente aprender a cuidar das famílias enlutadas. Embora o processo pedagógico se organize conceitualmente em torno do mais simples para o mais complexo, na prática clínica o estudante pode deparar-se com situações igualmente complexas ou de difícil previsão, em diferentes etapas formativas, pelo que é necessário ampara-lo, pelo menos nas fases iniciais, em que a capacidade de compreender os fenómenos na globalidade e de encontrar respostas adequadas aos desafios ainda não está consolidada.

Uma dimensão a ser repensada na formação do estudante prende-se com a dificuldade em aceitar o fim da vida e ver a morte como um fracasso, como um fenómeno traumático ou como uma falha que o enfermeiro não quer aceitar. Como referem Neto, Aitken e Paldron, (2004), quando um profissional é apenas treinado para curar, as situações de doenças crónicas e incuráveis são, habitualmente olhadas como insucessos, como fonte de frustração e até como algo que questiona a sua própria qualidade técnica. “Apesar da morte continuar a ser uma inevitabilidade é frequente continuar a encarar-la como um falhanço, uma derrota, como algo que não era sequer possível de acontecer” (p. 41). Esta concepção do curar tratar tem de ser repensada e o estudante aprender que nem sempre o cuidar é dirigido à cura, mas ao proporcionar bem-estar e alívio dos sintomas de modo a garantir a qualidade de vida e a dignidade possível, até à morte.

Esta pesquisa procurou responder às questões de partida, mas levanta o véu para outras problemáticas que se cruzam e que outras investigações poderão equacionar. Seria oportuno nesta perspetiva questionar:

Que modelos de formação para a prática de enfermagem do cuidar em fim de vida são mais adequados?

Como melhorar o processo de interação dos futuros enfermeiros com os clientes e particularmente com as famílias?

Como estreitar o triângulo formativo: estudante, docente e tutor?

Como envolver as equipas na reflexão sobre a prática e na partilha de experiências, saberes e preocupações?

Como estruturar um plano de estudos na formação em enfermagem, a nível da licenciatura e do ensino pós graduado, para o cuidar em fim de vida?

Como estruturar e desenvolver formação diferenciada e avançada em cuidados paliativos com programas coordenados de formação, que incluam componentes teóricas e estágios e respondam às necessidades de diferentes profissionais que integram as equipas?

Como desenvolver linhas de investigação em cuidados paliativos que promovam a divulgação das boas práticas, a identificação de novos problemas e as possibilidades de os resolver?

Desafios para novos trabalhos emergem e não podemos limitar-nos a dizer que somos humanos com responsabilidades no cuidar de pessoas nos momentos mais frágeis da existência. Estas responsabilidades são reais, pertencem-nos e como tal temos que nos debruçar sobre elas em algum momento do nosso percurso para vencer os tabus e reconciliar a morte com a vida. A sua visão como um espelho da alma, justifica a nossa estada aqui, expõe-nos face aos nossos limites, medos e fraquezas, e incita-nos incessantemente a melhorarmos o que não está bem e a superarmo-nos, no sentido evolutivo, numa história interminável que se renova continuamente e a que juntamos um novo capítulo, no dia-a-dia da nossa existência, como refere Oliveira (1999).

Não podemos continuar a achar que as dificuldades se resolvem *per se*, sem as questionar e analisar principalmente no que diz respeito às questões primordiais como é o caso da morte. “Precisamos de aquilatar muito sensatamente o que fazemos (ou não), manifestando a consciência, a inteligência, a diligência e a coragem de modificar o comportamento em conformidade com essa compreensão” (Sagan, 1998, p. 79).



## BIBLIOGRAFIA

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana*. Loures: Lusociencia.
- Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2009). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Afonso, N. (2005). *Investigação naturalista em investigação: Um guia prático e crítico*. Porto: ASA Editores SA.
- Agra, L. M. C. & Albuquerque L. H. M (2008). *Tanatologia: uma reflexão sobre a morte e o morrer*. Pesquisa Psicológica, 1(2), 1-10. Disponível on line a 5 de maio de 2009, no site: <http://www.pesquisapsicologica.pro.br>
- Alarcão, I (1995). Desafios atuais da formação de enfermeiros. In: Conferencia no workshop. *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação*. Porto
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (1996 a). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de reflexão de professores. *Revista da Faculdade da Educação da USP*, 22(2), 11-42.
- Alarcão, I. (1998). Revisitando a competência dos professores na sociedade de hoje. *Aprender*. Revista da Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, (21), 46-50.
- Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e supervisão*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001a). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora
- Alarcão, I. (2002). Escola reflexiva e desenvolvimento institucional. Que novas funções supervisivas? In J. O. Formosinho, (Org.). *A supervisão na formação de professores* (217-238). Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. (2ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina.
- Albertino, F. M. F. & Sousa, N. P. (2004) Avaliação da aprendizagem: O portfolio como auxiliar na construção de um profissional reflexivo. *Estudos em Avaliação Educacional*, (29), 169-190.
- Albuquerque, A., Graça, A. & Januário, C. (2005). *A supervisão pedagógica em educação física: A perspetiva do orientador de estágio*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Allat, L. (2004). Aquisição e avaliação de competências em situação escolar. In J. Dolz & E. Olagnier (org). *O enigma da competência em educação* (pp. 79-96). Porto Alegre: Artmed.
- Allessandrini, C. D. (2002). O desenvolvimento de competências e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In P. Perrenoud; M. G. Thurler; L. Macedo; N. J. Machado & C. D. Allessandrini. *As competências para ensinar no século XXI: A formação dos professores e o desafio da avaliação* (pp. 157-176). Porto Alegre: Artmed.
- Alligood, M. R. (2006). Philosophies, models, and theories: Critical thinking structures. In: M. R. Alligood & A. M. Tomey. *Nursing Theory: Utilization & Application*. (pp. 43-65). Missouri (US): Mosby.
- Almeida, F. (1997). O Morrer dos homens: Reflexões de um médico. *Ação Médica* (14), 46-50.
- Almeida, L., M. (2006). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 23(1), 91-96.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, M. C. P. & Rocha J. S. Y. (1989). *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. (2ª ed.). São Paulo: Editora Cortez.
- Altet, M. (2000). *Análise das práticas dos professores e das situações pedagógicas*. Porto: Porto Editora.
- Alvim, A. M., Santos, C. O., Figueiredo, N. M. A. & Tonini, T. (2002). Cuidando do corpo morto: um relato de experiência. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem em S. Paulo* (8) (s.p.) Disponível on line a 20 de março de 2012 no site:  
[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000200050&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200050&lng=en&nrm=iso)>
- Amado, J. (2005). *Observação e análise da relação pedagógica*. Relatório de disciplina. Concurso para professor associado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Ambrósio, T. (2000) *Educação e desenvolvimento*. Lisboa: Fundação Ciência e Tecnologia.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem: perspectivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 48-52.
- American Psychological Association (2010). Publication Manual of American Psychological Association (sixth edition). Washington, USA: DC 20002. Disponível on line a 6 de maio de 2012 no site:  
[http://www.eras.utad.pt/docs/APA\\_MANUAL\\_6TH\\_EDITION\\_2010.pdf](http://www.eras.utad.pt/docs/APA_MANUAL_6TH_EDITION_2010.pdf)
- Andrade, M. S. (2003). *Morte, renascimento, evolução: Uma biologia transcendental*. Guarulhos (São Paulo): Editora Didier.
- Antunes, C. (2004). *Como desenvolver as competências na sala de aula*. (5ª ed.). São Paulo: Editora Vozes.
- Araújo, M. M. T. (2009). A comunicação no processo de morrer. In F. S. Santos (org.). *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (Capítulo 14, pp.

- 209-221). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Araújo, P. V. R. (2000). *Percepção da criança sobre a morte e o morrer*. (Tese de dissertação de mestrado). Programa de Mestrado de Saúde Pública. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju.
- Araújo, P. V. R. & Vieira, M. J. (2001). As atitudes do homem frente a morte e o morrer. *Revista de Enfermagem Texto & Contexto*, (10), 101-17.
- Ariès, P. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média*. (2ª ed.). Lisboa: Teorema.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Assad, L. G. (2005). Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 586-91.
- Assmann, H. & Sung, J. M. (2001). *Competência e sensibilidade solidária. Educar para a esperança*. Petrópolis: Vozes.
- Astudillo, W., Mendinueta, C. & Astudillo, E. (2002). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atencion a su familia*. (4ª ed.). Pamplona: EUNSA, Ediciones universidade de Navarra, S. A.
- Atkinson, L. D. & Murrey, M. E. (1989). *Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Aubert, J. M. (1995). *E depois... Vida ou nada?* S. Paulo: Editora Paulus.
- Augusto, B; Rodrigues, C., Simões, J., Amaro, R. & Almeida, Z. (2004). *O corpo e os cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Augusto, B. M. J., Rodrigues, C. M. A., Rodrigues, C. J. V., Rodrigues, E. C. S., Oliveira, F. M. et al, (2002). *Cuidados continuados*. Coimbra: Formasau.
- Bachion, M. M. (2009). Instrumentos básicos do cuidar: Observação, interação e mensuração. *I Simpósio Brasiliense de Sistematização da Assistência de Enfermagem de Brasília*, 22 a 24 de abril. Disponível on line a 8 de Março de 2011 no site: [http://www.abendf.com.br/pdf/eventos/simbrasae/instrumentos\\_basicos\\_cuidar-maria\\_marcia\\_bachion.pdf](http://www.abendf.com.br/pdf/eventos/simbrasae/instrumentos_basicos_cuidar-maria_marcia_bachion.pdf)
- Bantim, V. D. C. S. (2008). A despedida da vida no processo de morte: último fenómeno da existência. *Revista IGT na Rede*, 5(9), 105-113. Disponível on line a 10 de Abril de 2009, no site <http://www.igt.psc.br/ojs/>
- Barbosa, G. R. A. (2008). A avaliação da aprendizagem como processo interativo: Um desafio para o educador. *Democratizar*, II(1), 29-37.
- Barchifontaine, C. P. & Pessini L. (1991). *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Edições Loyola.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barradas, A. M. C. R., Rodrigues, J. P. V. & Pereira, M. A. (2009). O cuidar multicultural como estratégia no futuro. Lisboa: *Revista Nursing* (edição portuguesa), 21(252), 8-15.
- Barros, A. J. S. & Lehfeld, N. A. S. (2003). *Projeto de Pesquisa: Propostas metodológicas* (14ª ed). Petrópolis: Editora Vozes.

- Barros, M. I. V. (2009). *A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica: Contributos para uma prática profissional*. (Tese de dissertação de mestrado). Programa de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Barroso, I. M. A. R. C. (2009). *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem: Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes*. (Dissertação de Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- Bayard, J. P. (1996). *Sentido oculto dos ritos mortuários*. São Paulo: Editora Paulus.
- Bellato, R. & Carvalho, E. C. (2005). O jogo existencial e a ritualização da morte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 99-104. Disponível on line a 9 de Abril de 2009 no site: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Bellochio, C. R. & Beineke, V. (2007). A mobilização de conhecimentos práticos no estágio supervisionado: um estudo com estagiários de música da UFSM/RS e da UDESC/SC. *Músicahodie*, 7(2), 73-88.
- Beltrán, J. M. (1986). *Creatividad: La inteligencia perdida*. Madrid: Ediciones San Pio X.
- Benincá, C. R., Fernandez, M. & Grumann, C. (2005). Cuidado e morte do idoso no hospital: vivência da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo, (1), 17-29.
- Benjamin, W. (1985). *Magia e técnica, Arte e política*. (3ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bento, J. (1990). Educar os alunos para uma atitude de atividade, de autonomia e responsabilidade. *O Professor*, 3(7), 26-34.
- Bento, M. C. (1997). *Cuidados e formação em enfermagem: Que identidade?* Lisboa: Editora fim de século.
- Berbaum, J. (1993). *Developper la capacité d' apprendre*. Paris: ESF Éditeur.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. M. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bernieri, J. & Hirdes, A. (2006). O preparo dos académicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 16, (1). Disponível on line a 5 de Junho de 2009, no site [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072007000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000100011&lng=pt&nrm=iso)
- Bevis, E. O. (1989). New directions for a new age. In E. O. Bevis (org) *Curriculum revolution: mandate for change* (pp. 27-54). New York: National league for nursing.
- Bevis, O. & Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum de cuidar: Uma nova pedagogia para a enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Bianchini, D. C. S. & Dell Áglío, D. D. (2006). Processo de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35), 427-436.
- Bireaud, A. (1995). *Os métodos pedagógicos no ensino superior*. Porto: Porto editora.

- Birkholz, G., Clements, P., Cox, R. & Gaume, A. (2004). Student's self-identified learning needs: a case study of baccalaureate students designing their own death and dying course curriculum. *Journal of Nursing Education*, (43), 36-39.
- Biscaia, J. (1996). A morte no recém-nascido. *Cadernos de bioética*, (12), 46-50.
- Boemer, M. R. (1998). *A morte e o morrer*. (3ª ed.). Ribeirão Preto: Holos.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boltansky, L. & Chiapello, È. (2001). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Éditions Gallimard.
- Bonilla, A. R. (1989). *A família do doente: Leitura psicológica*. Hospitalidade, 53(208), 22-48.
- Borges, R. C. B. (2005). Eutanásia, ortotanásia e distanásia: Breves considerações a partir do biodireito brasileiro. *Jus Navigandi de Teresina*, 10 (871), (s.p.). Disponível on line a 15 de Abril de 2010, no site <http://jus.com.br/revista/texto/7571>
- Bourdieu, P. (2005). *O poder simbólico*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Livraria Bertrand.
- Bouso, R. S. & Poles, K. (2009). Comunicação e relacionamento colaborativo entre profissional, paciente e família: Abordagem no contexto da tanatologia. In F. S. Santos (org.). *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer*. (Capítulo 13, p. 193-208) S. Paulo: Editora Atheneu.
- Bowlby, J. (1985). *Perda: tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brandão, C. R. (2005). Comunidades aprendentes. In M. Silva; C. R. B. Longone & M. Sorrentino (org.). *Encontros e caminhos: Formação de educadoras(es) ambientais e coletivos educadores* (pp. 83-93). Brasília: Ministério do Meio Ambiente. Diretoria de Educação Ambiental.
- Braz, E. & Fernandes, L. M. (2001). Buscando maneiras para o ensino sobre finitude para graduandos de enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 10(3), 138-41.
- Brêtas, J. R. S., Oliveira, J. R. & Yamaguty, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 40(4), 477-483.
- Boemer, M. R. (1994). A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 2(1), 83-94.
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. (3ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Toniollo, P. B., Mazer, S. M., Valle, E. R. M. & Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 361-369. Disponível on line a 19 de Maio de 2012 no site: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>
- Boyesen, G. (1986). *Entre psiquê e soma: Introdução à psicologia biodinâmica*. São Paulo: Editora Summus.
- Bromberg, M. H. P. F. (2000). *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. (3ª ed.). Campinas (S. Paulo): Livro Pleno.

- Cabrita, M. F. G. (1999). Ensino de enfermagem: suas repercussões na prática profissional. *Nursing* (edição portuguesa), 10(130), 32-36.
- Cabrito, B. G. (1994). *Formação em alternância: Conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.
- Cadman, C. & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(2), 321-324.
- Caldas, L. M. R. (1997). Um dia na UTI pediátrica: Uma análise crítica. *Revista Alternativa de Enfermagem*, 2(5), 22-26.
- Camacho, A. C. L. F. & Santo, F. H. E. (2001). Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem de Ribeirão Preto*, 9(1), 13-17.
- Caixeta, M. (2005). *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.
- Cambi, F. (1999). *História da pedagogia*. São Paulo: Editora da UNESP.
- Camlong, A. (1999). Os valores constantes na pedagogia e as novas problemáticas ligadas ao emprego de ferramentas. In P. Dias, & C. Freitas (org). *Atas do Challenges 99*. (pp. 15-21). *I Conferencia Internacional de Tecnologias de Informação e Comunicação na Educação*. Centro de Competências Nónio da Universidade do Minho.
- Campbell, I. (1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1125-1131.
- Campbell, R. J. (1996). *Psychiatric dictionary*. (7ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In R. Canário (org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2003). Nota de apresentação de formação e situações de trabalho. In R. Canário (org.). *Formação e situações de trabalho* (pp. 9-12). Porto: Porto Editora. Coleção Ciências da Educação.
- Canário, R. (2005). *O que é a escola*. Porto: Porto Editora.
- Caponero, R. & Melo, A. G. C. (2011). Prefácio. In F. S. Santos (org). *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. (Prefácio do livro, s. p.) S. Paulo: Editora Atheneu.
- Cardoso, A., Bernardo, A., Carvalho, C., Fradique, E., Gonçalves, F., Pires, M. & Vilão, O. (2008). Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2008-2016. Lisboa: Ministério da Saude. Disponível on line a 19 de fevereiro de 2014, no site: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia de investigação: Guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Caputo, R. F. (2008). O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: Um percurso histórico. *Revista multidisciplinar da UNIESP. Saber acadêmico*, (6), 73-80. Disponível on line a 19 de dezembro de 2012, no site: <http://www.uniesp.edu.br/revista/revista6/pdf/8.pdf>
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência.



- Carvalho, A. A. S. (2007). *Promoção da saúde: Conceções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. (Tese de Doutoramento). Programa de doutoramento na Área de Conhecimento de Saúde Infantil. Universidade do Minho. Braga. Disponível on line a 2 de maio de 2009 no site: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Am%c3%a2ncio%20Carvalho.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Camarate: Lusociência.
- Carvalho, E. C. & Rossi, L. A. (1998). Modelos estruturas e teorias de enfermagem. In T. R. Garcia & L. M. F. Pagliuca (org.). *A construção do conhecimento em enfermagem. Coletânea de trabalhos* (pp. 65-85). Fortaleza: RENE.
- Carvalho, F. P. B. (2009). *A morte na conceção de estudantes de enfermagem*. (Tese de Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal.
- Carvalho, J. J. (1992). Características do fenómeno religioso na sociedade contemporânea. In M. C. L. Bingemer (org.). *O Impacto da modernidade sobre a religião* (pp. 133-163) São Paulo: Loyola.
- Carvalho, J. J. (1998). Antropologia e esoterismo: Dois contradiscursos da modernidade. *Horizontes Antropológicos*, 4(8), 53-71.
- Carvalho, L. S., Oliveira, M. A. S., Portela, S. C., Silva, C. A., Oliveira, A. C. P. & Camargo, C. L. (2006). A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, (14), 551-557. Disponível online a 17 de Maio de 2009, no site: [http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-35522006000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000400010&lng=pt&nrm=iso)
- Caterina, M. C. (2008). O luto: Perdas e rompimento de vínculos. *Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba*. (s.n.). Disponível on line a 22 de Julho de 2012, no site: [http://www.apvp-psicanalise.comApostila\\_Luto\\_Perda.pdf](http://www.apvp-psicanalise.comApostila_Luto_Perda.pdf).
- Cerqueira, M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau
- Cezário, E. P. (2011). O fisioterapeuta diante dos cuidados paliativos e da morte. In F. S. Santos (org.). *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*, (capítulo 33, pp. 307-322). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Volume 1: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Chan, M. F., Chung, L.Y., Lee, A. S., Wong, W. K., Lee, G. S., Lau, C. Y., et al. (2006). Investigating spiritual care perceptions and practice patterns. In Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Education Today*, 26(2), 139-150.
- Chaplin, J. P. (1981). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (1995). Nursing's patterns of knowing. In P. L. Chinn (editor). *Theory and nursing: a systematic approach* (pp. 1-18). (4th ed). St. Louis (US) Missouri: Mosby-Year Book.

- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2004). Replicating and validating empiric knowledge using research. In P. L. Chinn, P. & M. K. Kramer (eds). *Integrated knowledge Development in Nursing* (6ª ed) (pp.121-143). Missouri: Mosbi.
- Chopra, D. (2006). *A vida depois da morte*. Lisboa: Estrela polar.
- Clark, D. & Seymour, J. (1999). *Reflections on palliative care*. Buckingham: Open University Press.
- Cobb, A. K. (1998). Aspectos transculturais na construção do conhecimento em enfermagem. In T. R. Garcia & L. M. F. Pagliuca (org.). *A construção do conhecimento em enfermagem. Coletânea de trabalhos* (pp. 31-49). Fortaleza: RENE.
- Coelho, M. J. (2006). Maneiras de cuidar em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (6), 745-51. Disponível online a 17 de Maio de 2009, no site <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a05.pdf>
- Colby, A. & Kohlberg, L. (1987). *The Measurement of Moral Judgment*. Vols. 1. Cambridge: Cambridge University Press.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Combinato, D. S. & Queiróz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 209-216.
- Comissão das Comunidades Europeias (2002). *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu: Resposta da Europa ao envelhecimento da população mundial. Promover o progresso económico e social num mundo em envelhecimento*. Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Bruxelas: CCE.
- Comissão Europeia (2009). *Relatório conjunto sobre proteção social e inclusão social. pensões, cuidados de saúde e cuidados prolongados*. Direcção-Geral do Emprego, dos Assuntos Sociais e da Igualdade de Oportunidades. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Disponível on line a 9 de julho de 2011, no site: <http://ec.europa.eu/progress>
- Comissão Europeia das Nações Unidas (1999). *Relatório Europeu sobre demografia*. Disponível online a 2 de maio de 2010 no site: <http://www.eurolinkage.org>
- Comissão Europeia das Nações Unidas (2002). *Resposta da Europa ao envelhecimento da população mundial. Promover o progresso económico e social num mundo em envelhecimento*. Bruxelas: Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu.
- Cooper, J. & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year students nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8), 423-430.
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Grafinter, Sociedade Gráfica, Lda. Disponível on line a 30 maio de 2012 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>



- Conselho de Ministros (2005). *Princípios de estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e dependentes*. Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005. Disponível on-line a 22 de março de 2009 em: [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros\\_Documentos/20050427\\_MS\\_Doc\\_Idosos\\_Dependentes.htm](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Outros_Documentos/20050427_MS_Doc_Idosos_Dependentes.htm)
- Corbim, A. (1987). *Saberes e odores: O olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Corlett, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*, (20), 499-505.
- Coronetti, A.; Nascimento, E. R. P.; Barra, D. C. & Martins, J. J. (2006). O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: O enfermeiro como mediador. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 36-43.
- Corrêa, J. A. (2008). *Morte*. São Paulo: Globo. Coleção Filosofia Frente e Verso.
- Correia, M. (2003). Morte e eutanásia nos tempos hodiernos. *Cadernos de bioética*, XII(333), 87-101.
- Costa, J. C. & Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 151-157. Disponível on line, a 15 de dezembro de 2011 no site: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200004&script=sci_arttext)
- Costa, M. A. M. (1999). Questões demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In M. P. Cordeiro, (org). *O idoso: problemas e realidades* (pp. 7-22). Coimbra: Formasau.
- Costella, S. & Quintana, A. M. (2004). O estudante do curso de enfermagem e o paciente terminal: Uma relação desafiadora. *Revista Educação*, 29(1), 101-109. DOI: 10.5902/19846444.
- Couceiro, M. L. P. (1995). Autoformação em contexto profissional. *Revista Formar*, (14), 6-15.
- Couceiro, M. L. P. (2000). *Auto formação e coformação no feminino: Abordagem existencial através das histórias de vida*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação. Lisboa. Universidade Nova. Faculdade de Ciências e Tecnologia.
- Coutinho, C. P. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: Questões relativas à fidelidade e à validade. *Revista de Educação Unisinos*, 12(1), 1-16.
- Coutinho, M. P. L. & Catão, M. F. F. M. (2003). Representações Sociais: Intersecção indivisível Indivíduo/Sociedade. In M. P. L. Coutinho, [et. al.] (orgs.) *Representações sociais: Abordagem interdisciplinar* (pp. 184-193). UFPB. João Pessoa: Editora Universitária.
- Curi, L. M. B. (2008). A percepção dos técnicos de enfermagem de um hospital em Santa Catarina em relação ao enfrentamento da morte no cotidiano de trabalho. *Relatório de pesquisa apresentado ao curso de psicologia*. Universidade do Sul de Santa Catarina. Disponível on-line a 12 de maio de 2009 no site:

<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/MariaLuizaBrandeburgoCuri.pdf>

- Cyrino, E. G. & Pereira, M. L. T. (2004). Estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde. *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, 20(3), 780-788.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. (5ª ed.). São Paulo: Editora Cortez.
- Denzin, N. K. (1998). The art and politics of interpretation. In N. K. Denzin & Y. S. Lincolns (Eds.). *Collecting and interpreting qualitative materials* (pp. 313-433) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds.) *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-28) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Depresbiteris, L. (2001). *Certificação de competências: A necessidade de avançar numa perspetiva formativa*. *Revista Formação*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE (2), 28-40. Disponível on line a 14 de dezembro de 2012 no site: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2002.pdf#page=19>
- D'Espiney, L. (1996). Formação inicial. Formação contínua de enfermeiros. Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In A. Estrela (Org.), R. Canário (Coord.), & J. Ferreira (org.) *Formação, saberes profissionais e situações de trabalho*. Lisboa: Afirse Portuguesa.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores que desempenho*. Loures: Lusociência.
- Dias, M. E. S. (2010). *Supervisão de estudantes em ensino clínico: A intervenção do tutor*. (Tese de Dissertação de Mestrado em Supervisão Clínica). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Dias, M. F. P. B. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências*. Loures: Lusociência.
- Dicionário da Língua Portuguesa (2014). Porto: porto editora. Consultado na infopédia. Disponível on line a 14 de janeiro de 2014 no site: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa>
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Direção Geral da Saúde (2003). *Portugal saúde: Indicadores básicos 2000*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2004a). Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos. *Volume I - Prioridades*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2004b). Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos. *Volume II - Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

- Doherty, W. (1985). Family intervention in health care. *Family Relations*, (34), 129-137.
- Domingos, B. & Maluf, M. R. (2003). Experiências de perdas e lutos em escolares de 13 a 18 anos. *Psicología Reflexão Crítica*, 16(3), 577-589.
- Elena Suárez, E. (1998). *Cuando la muerte se acerca*. Caracas: McGraw-Hill Interamericana.
- Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. México: FCE.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos: Envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.
- Enricone, D., Clemente, E., Mosquera, J., Empinotti, M. C., Ziller, U. & Totta, Z. M. (1992). *Valores no processo educativo*. Porto Alegre: Editores Sagra.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Estrela, M. T. (2002). *Relação pedagógica. Disciplina e indisciplina na aula*. Porto: Porto Editora.
- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- European Association of Palliative Care (2004). *A guide for the development of palliative nurse education in Europe*. Task force. Milano: European Association of Palliative Care.
- Feijó, R., Martins, H. & Pina-Cabral, J. (1985). *A Morte no Portugal contemporâneo*. Lisboa: Editora Querco.
- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded theory. In E. Fernandes & L. Almeida (Editores.). *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Universidade do Minho.
- Fernandes, J. D., Rosa, D. O. S., Vieira, T. T. & Sadigursky, D. (2008). Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 4 (2), 396-403. Disponível on line a 25 de outubro de 2012, no site: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000200026&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200026&lng=pt&tlng=pt).
- Ferreira, J. A. & Hood, A. B. (1990). Para a compreensão do desenvolvimento do estudante universitário. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (XXIV), 391-406.
- Ferreira, M. C. (2001). Formação reflexiva em ensino clínico. *Revista Pensar enfermagem*. Lisboa, 5(2), 8-17.
- Ferreira, M. J. C. (2006). *Supervisão e desenvolvimento de competências na relação de ajuda em enfermagem*. (Tese de Mestrado em Supervisão Clínica na Universidade de Aveiro). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Aveiro. Disponível on line a 28 de fevereiro de 2011, no site <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1427/1/2010001052.pdf>
- Ferry, G. (1983). *Le trajet de la formation*. Paris: Dunod.
- Fischer, B. T. D. (1996). Prática docente na universidade: uma questão menor? In: V. R. P. Moraes (org). *Melhoria do ensino e capacitação docente*. (pp. 46-53). Porto Alegre: Editora da Universidade.

- Figueiredo, M. C. B. (2011). Enfermería familiar y comunitaria en el ámbito internacional. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 4(2), 45-48.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. T. A. (2009). Comunicação com o paciente moribundo e a família. In F. S. Santos. *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer*. (Capítulo 16, pp. 233 - 243). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Filho, A. P. (2005). Morte: Considerações para a prática médica. *Medicina*, 38(1), 20-25.
- Filho, R. G. (1997). A conquista da morte. *Revista Planeta*. Rio de Janeiro, 25(299), 54-59.
- Filho, W. D. L., Sulzdach, R. C., Nunes, A. C. & Lunardi, V. L. (2001). Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 10(3), 60-81.
- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea da Universidade de Curitiba (RAC)*, Edição Especial, 183-196.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Flores, F. M. (1994). A construção da imortalidade. *Revista de Cultura*. II série. Edição do Instituto Cultural de Macau, (18), 61-78.
- Fontes, M. (2007). Os percursos do corpo na cultura contemporânea. In E. S. Couto & S. V. Goelliner (org). *Corpos mutantes: Ensaios sobre novas (d)eficiências corporais* (pp. 73-87). Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Forte, D. & Delponte, V. (2011). Cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva. In F. S. Santos (org). *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*, (capítulo 5, pp. 39-45). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Loures: Lusociencia.
- Foucault, M. (1980). *O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitário.
- Foucault, M. (2006). *Microfísica do poder*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Fowler, J. (1996). How to use models of clinical supervision in practice. *Nursing Standard*, (10) 42-47.
- Franco, J. J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de atuação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, (1), 32-50.
- Franco, M. H. P. (2002) *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Editora Livro Pleno.
- Franco, M. H. P. (2003). Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 27(1), 182-184.
- Frankl, V. E. (1991). *A psicoterapia na prática*. São Paulo: Editora Papirus.

- Freidlander, M. R. (1994). *O ensino dos procedimentos básicos no laboratório de enfermagem. Comparação entre dois métodos de instrução*. (Tese de Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de S. Paulo. S. Paulo (Brasil).
- Freire, P. (1975). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1980). *Conscientização: Teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes.
- Freire, P. (1998). *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2001). *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Freitas, H. & Janissek, R. (2000). *Análise léxica e análise de conteúdo: Técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Sphinx.
- Frias, C. F. C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: Um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.
- Frias, C. (2008). O enfermeiro com a pessoa em fim de vida na construção do cuidar. *Revista Referencia*, II.<sup>a</sup> Série (6), 57-67.
- Friedmann, M. M. (1998). *Family nursing. Research, theory e practice*. (4<sup>a</sup> ed.). Connecticut: Appleton e Lange.
- Gadamer, H. (1997). *O mistério da saúde: O cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.
- Galvani, P. (1997). *Quête de sens et formation anthropologie du blason et de l'autoformation*. Paris: L'Harmattan
- Gameiro, A. (1993). A morte e o projeto de vida dos enlutados, idosos e doentes. *Hospitalidade*, 57(222), 24-29.
- Garcia Feréz, J. (1998). *Ética de la salud em procesos terminales*. Madrid: S. Pablo.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- Guathier, C. (1998.). *Por uma teoria da pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente*. Ijuí: Unijuí.
- Geneses (1993). Livro do Geneses. In *Bíblia sagrada*. Traduzida por Almeida, J. F. (2<sup>a</sup> ed.). (pp. 3-39). S. Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil.
- Giaccoia, J. O. (2005). A visão da morte ao longo do tempo. In Simpósio: Morte: Valores e dimensões. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto*, 38(1), 13-19. Disponível on line em dezembro de 2011 no site: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/.../1\\_a\\_visao\\_morte\\_longo\\_tempo.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/.../1_a_visao_morte_longo_tempo.pdf)
- Giacquinta, B. (1977). Helping families face to crisis of cancer. *American Jornal of Nursing*, (2), 1585-1588.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (2001). *O inquérito: Teoria e prática*. (4<sup>a</sup> ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1990). *Metodologia do ensino superior*. S. Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Editora Atlas.



- Giorgi, E. (2006). *Um estudo teórico sobre a morte*. Disponível online a 25 de Agosto de 2008 em: <http://www.coladaweb.com/psicologia/morte.htm>
- Goetz, J. P. & Le Conte, M. D. (1988). *Etnografía y iseno cualitativo em investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência emocional*. (11ª ed.). Lisboa: Temas e debates.
- Gomes, C. O.; Farias, G. M.; Brito, R. S.; Torres, G.V. & Germano, R. M. (2005). Reflexão sobre o processo de ensinar aprender no laboratório de enfermagem. *Revista RENE de Fortaleza*, 6(1), 112-118.
- Gonçalves, L. H. T. & Schineider, P. (2001). Enfermagem e o idoso hospitalizado em condição terminal. *Ata Paulista de Enfermagem*, 14(1), 72-81
- Gonçalves, M. O. (2001). Morte e castração: Um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, 21(1), 30-41.
- Grande, N. (1994). Linhas mestras para uma política nacional de terceira idade. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, (68), 6-10.
- Granja, B. (2011). A competência reflexiva processual em serviço social na ação profissional junto às populações. *Cadernos de Pesquisa*, 41(143), 428-453. Disponível on line a 28 de dezembro de 2012 no site: <http://educa.fcc.org.br/pdf/cp/v41n143/v41n143a06.pdf>
- Guerra, I. C. (2012). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.
- Guido, L. A. (2003) *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica*. (Tese de Dissertação de Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Gurgel, W. B. (2007). A morte como questão social. *Barbarói de Sta Cruz do Sul*, (27), 66-91. Disponível on line a 30 de janeiro de 2009 no site: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/138/570>
- Gutierrez, B. P. & Ciampone, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Ata Paulista de Enfermagem*, 19(4), 456-461.
- Gutierrez, B. P. & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 660-667. Disponível on line a 28 de maio de 2009 no site: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/) 660
- Guittet, Á. (1998). *Développer les competences: Par une ingénierie de la formation*. (2ª ed.). Paris: ESSE.
- Gyll, J. (1998). Introdução à geriatria. *Revista Pathos*, (5), 9-18.
- Habermas, J. (1990). *Discurso filosófico da modernidade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.). Loures: Lusociencia.
- Hebert, M. L.; Goyette, G. & Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hennessy, D. & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. OMS: Copenhagen. Disponível on line a 27 de junho de 2005 no site <http://www.who.int/en/>
- Hennezel, M. (2002). *Diálogo com a morte*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Hennezel, M. & Leloup, J. Y. (1998). *A arte de morrer*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hillau, B. (1994). De l'intelligence opératoire à l'historicité du sujet. In F. Minet; M. Parlier & S. Witte (org) *La compétence, mythe, construction ou réalité?* (pp. 45-69). Paris: Éditions Harmattan.
- Hoga, L. A. K. (2004). A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: Uma reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 38(1), 13-20.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existencia*. Loures: Lusociência.
- Hottois, G. & Parizeau, M. (1998). *Dicionário de bioética*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hughes, L. (1992). Faculty. Student Interactions and the student-perceived climate for caring. *Advances in Nursing Science*, (14) 60-71.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health*. London: Marion Boyars Publishers.
- Imedio, E. L. (1998). *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana.
- Imperatori, E. (1985). *Avaliação dos centros de saúde: Aspetos conceptuais*. Lisboa: Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Imperatori, E. (1989). Garantia da qualidade: Uma estratégia nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7(2) 29-32.
- Incontri, D. (2011). Equipes interdisciplinares em cuidados paliativos – religando o saber e o sentir. In F. S. Santos (org). *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*, (Capítulo 17, p. 141-149). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). *Estatísticas demográficas de 2001*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Eurostat Database.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). *Estatísticas da saúde. Mortalidade geral; Censos 2001*. Disponível on line a 22 de junho de 2005 no site [http://www.ine.pt/prodserv/quadrosmostra\\_quadro.asp](http://www.ine.pt/prodserv/quadrosmostra_quadro.asp).
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Atualidades do INE. Lisboa INE. Disponível on line a 2 de junho de 2005 no site <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Estatística da Saúde*. Lisboa: INE.

- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas de 2007*. Lisboa: INE. Disponível on line em dezembro de 2008 no site <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Informação à comunicação social a 19 de Março 2009. Lisboa: INE. Disponível on line a 10 de dezembro de 2011 no site <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/11/ine.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Indicadores sociais 2010. Principais Resultados*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível on line a 29 de dezembro de 2011, no site: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=124284362&DESTAQUESTema=55538&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=124284362&DESTAQUESTema=55538&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Destaque: Informação à comunicação social. Disponível on line em fevereiro de 2012 no site: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=134582847&DESTAQUESTema=55538&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESTema=55538&DESTAQUESmodo=2)
- Jacquard, A. (1997). *Pequeno manual de filosofia para uso dos não filósofos*. Lisboa: Editora Terramar.
- Jamine, B. & Hirdes, A. (2007). O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 89-96.
- Jensen, E. (2000). Brain-based learning - A reality check. *Educational Leadership*, 57(7), 76-79.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Press Universitary de France.
- Jolly, B. & Kilminster, S. M. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: A literature review. *Medical Education*, (34) 827-840.
- Jordão, A. (1997). *O balanço de competências: Conhecer-se e reconhecer-se para gerir os seus adquiridos pessoais e profissionais*. (2ª ed.). Lisboa: Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres.
- Josso, M. C. (1991). *Cheminer vers soi*. Lausanne: Editions L'Age d'homme.
- Josso, M. C. (2008). Formação de adultos: Aprender a viver e a gerir as mudanças. In R. Canário & B. Cabrito (org) *Educação e formação de adultos* (pp. 112-126). Lisboa: Educa Formação.
- Kaye J., Gracely, E. & Loscalzo, G. (1994). Changes in students' attitudes following a course on death and dying: a controlled comparison. *Journal of Cancer Education*, 9(2), 77-88.
- Kastenbaum, R. & Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. São Paulo: Novos Ubrais.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducarme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson, S. A.
- Kim, S. H. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (2ª ed.). New York: Springer Publishing.



- Kirk, G. S., Raven, J. E. & Schofield, M. (1994). *Os filósofos pré-socráticos: História crítica com seleção de textos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning. Englewood cliffs*. New Jersey: Prentice Hall
- Kovács, M. J. (2008). *Morte e desenvolvimento humano*. (5ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (1996). A morte em vida. In M. H. P. F. Bromberg; M. J. Kovacs; M. M. J. Carvalho & V. A. C. Carvalho. *Vida e morte: laços da existência* (pp. 11-27). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (1998). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In R. M. S. Cassorla (org). *Da morte: estudos brasileiros*. (2ª ed.). (pp. 79-103). Campinas: Papirus.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais da saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468. Disponível on line a 25 de Agosto de 2012 no site: [http:// www.scielo.br/paideia](http://www.scielo.br/paideia)
- Kovács, M. J. (2009). Educação para a morte. In F. S. Santos. *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (Capítulo 3, pp. 45-76). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Kruse, M. H. L. (2008). É possível pensar de outro modo a educação em enfermagem? *Revista Enfermagem da Escola Anna Nery*, 12(2), 348-352.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Morte, estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Kübler- Ross, E. (1991). *A morte um amanhecer*. Rio de Janeiro: Editora pensamento.
- Kübler-Ross, E. (2002). *Sobre a morte e o morrer*. (8ª ed.). S. Paulo: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Viver até dizer adeus*. S. Paulo: Editora pensamento.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of canadians*. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare.
- Lamau, L. M. (1995). *Manuel de soins palliatifs*. Paris: Privat.
- Lana, S. O. & Passos A. B. B. (2008) Preparo dos acadêmicos de enfermagem no processo de morte e de morrer. *Revista Enfermagem Integrada de Ipatinga: Unileste-MG*, 1(1), 80-90.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Copany.
- Leadbeater, C. M. (1994). *O que há para além da morte*. São Paulo. Editora Pensamento.
- Leal, I. (2005). *Guia de sentimentos prováveis*. Cruz Quebrada: Casa das letras.
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence – essai sur un attracteur étrange*. (Quatrième Tirage). Paris: Les Editions d’Organisations.

- Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Éditions d'Organisations.
- Le Boterf, G. (2001) *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris: Editions d'Organisation.
- Leis, H. R. (2003). *A sociedade dos vivos*. *Sociologias*. Porto Alegre, 5(9), 340-353.
- Leininger, M. (1998). Enfermagem transcultural: Imperativo da enfermagem mundial. Lisboa: *Revista Enfermagem*, (10), 32-36.
- Lemos, C. T., Júnior, J. M. & Rodrigues, L. R. (2011). Morte: Um espaço de (re)significação da vida e das relações sociais no meio rural. *Ciberteologia - Revista de Teologia & Cultura*, VII(35), 93-110.
- Lemos, N. D. (2009). O serviço social e a morte. In F. S. Santos (org.). *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (Capítulo 8, p. 115-123). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Leone, S. (1997). A doença terminal como problema bioético. *Hospitalidade*, 61(239), 45-48.
- Leopardi, M. T. (Org.). (2002). *Metodologia da pesquisa na saúde*. (2ª ed.). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Levine, E. (2003). Perspetivas e tradições judaicas da morte. In C. M. Parkes; P. Laungani & B. Young (coord.) *Morte e luto através das culturas* (capítulo 6, pp. 119-154). Lisboa: Climepsi Editores.
- Liberato, R. (2009) O cuidado como essência humana. In M. T. Veit (org). *Transdisciplinaridade em oncologia: Caminhos para um atendimento integrado*. ABRAL. Associação Brasileira para o Linfoma e Leucemia. S. Paulo: H. R. Gráfica Editora.
- Lima, C. (2006) Medicina high tech, obstinação terapêutica e distanásia. *Medicina Interna. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13(2), 79-81.
- Lima, V. V. (2005). Competência: Distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação Saúde, Educação*, 9(17), 369-379.
- Lino, C., Augusto, K., Oliveira, R., Feitosa, L. & Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 35(1), 52-57.
- Lipovetsky, G. & Charles, S. (2004). *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla.
- Lyotard, J. F. (2002). *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lopes, F. P. (1985). Viver com a morte. *Revista Servir*. Lisboa, 33(2), 84-86.
- Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.
- Lourenço, O. M. (1997). Enfermagem, valores e desenvolvimento: Que enfermagem, que valores, que desenvolvimento? *Nursing, (Edição Portuguesa)*, 9(107), 7-14.
- Lourenço, O. M. (2006). *Psicologia de desenvolvimento moral: Teoria, dados e implicações*. (3ª ed.). Coimbra: Almedina.

- Lucchese, R. & Barros, S. (2006). Pedagogia das competências. Um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem. Uma revisão da literatura. *Ata Paulista de Enfermagem*, 19(1), 92-99.
- Luckesi, C. C. (1994). *Filosofia da educação*. São Paulo: Cortez.
- Luna, L. & Cameron, C. (1989). Leiningers transcultural nursing. In J. Fitzpatrick & A. Whall (1989). *Conceptual Models of Nursing*. (2ª ed.). (Capítulo 5, pp. 227-238). Califórnia: Appleton Lange.
- Lunardi, F. W. D., Sulzbach, R. C., Nunes, A. C. & Lunardi, V. L. (2001). Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 10(3), 60-79.
- Macieira, R. C. & Palma, R. R. (2011). Psico-oncologia e cuidados paliativos. In F.S. Santos (org). *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. (Capítulo 35, pp. 323-330). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Machado, N. J. (2002). Sobre a ideia de competência. In: Perrenoud P., Thurler M.G., Macedo L., Machado N. J. & Allessandrini C. D. *As competências para ensinar no século XXI: A formação dos professores e o desafio da avaliação* (pp. 137-155). Porto Alegre: Artmed.
- Macmillan, K., Hopkinson, J., Peden, J. & Hycha, D. (2000). *Como cuidar dos nossos*. Lisboa: AMARA e ESECG.
- Madeira, R. & Lopes, V. (2006). Necessidades de formação de enfermagem ao nível das competências relacionais e de continuidade de cuidados. In A. Rodrigues; C. Nascimento, L. Antunes, M. G. Mestrinho, M. Serra [et al]. *Processos de formação na e para a prática dos cuidados* (pp. 47-76). Loures: Lusociência.
- Maeterlink, M. (1997). *A morte*. Alpiarça: Artes Gráficas.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de ler.
- Malglaive, G. (1990). *Enseigner à des adultes. Travail et pédagogie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.
- Manso, F. R. & Velho, L. V. (2004). Viver até ao fim. A morte, uma etapa da vida. *Nursing. (Edição portuguesa)*, 15(185), 18-23.
- Maranhão, J. L. S. (1986) *O que é morte*. (2ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Marchand, H. (2008). Desenvolvimento intelectual e ético em estudantes do ensino superior: implicações pedagógicas. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, (7), 9-18. Disponível on line em agosto de 2010 no site: <http://sisifo.fpce.ul.pt>
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, M., Neto, I. G., Capela, M. L., Tavares, M. & Sapeta, A. P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient care*, 32-38. Disponível on line a 1 de agosto de 2010, no site: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
- Marques, A. R., Santos, G., Firmino, H., Santos, Z., Vale, L., Abrantes, P., Barata, P., Moniz, M., Amaral, A. P., Galvão; M. J., Clemente, V., Pissarra, A., Albuquerque, E., Gomes, A. A. & Morais, I. (1991). *Reações emocionais à doença grave: Como lidar...* Coimbra: Gráfica de Coimbra. Edição Psiquiatria Clínica.

- Marques, M. F. M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, (5), 153-171.
- Marques, P. (2006). Os valores dos jovens e a educação para os valores. O caso particular da formação moral dos estudantes de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (7), 13-15.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre-acquérir un savoir infirmier*. Paris: Loisir et Pedagogie.
- Martins, E. L., Alves, R. N. & Godoy, S. A. F. (1999). Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. *Revista Brasileira de Enfermagem de Brasília*. 52, (1), 105-117.
- Martins, J. S. (1983). *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Martins, L. C. & Branco, A. U. (2001). Desenvolvimento moral: Considerações teóricas a partir de uma abordagem sociocultural construtivista. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17(2), 169-176.
- Martins, R. M. L. (2002). Envelhecimento demográfico. *Millenium. Revista do ISPV* (26). Disponível on line em janeiro de 2012 no site: [http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26\\_23.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_23.htm)
- Maturana, H. (1999). *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Orgs.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- McDaniel, S. (1998). *Orientación familiar en atención primaria. Manual par médicos de familia y otros profesionales de la salud*. Barcelona: Springer.
- McClelland, C. G. (1973). Testing for competence rather than for “Intelligence”. *American Psychologist*, (1), 15-18.
- Medeiros, R. (2006). O Enfermeiro... e a morte. *Ordem dos Enfermeiros*. [S. L], 22. Disponível online a 16 de novembro de 2009 no site: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=279>>.
- Meleis, I. A. (1997). *On transition and knowledge developement*. (Annotated edition). Kobe: 2<sup>nd</sup> International Nursing Research Conference.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company
- Melucci, A. (1996). *The playing self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 18(1), 165-169.
- Mendes, J. A., Lustosa, M. A. & Andrade, M. C. M. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista SBPH do Rio de Janeiro*. 12(1), 151-173. Disponível on line, a 29 de dezembro de 2011 no site <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>

- Menezes, R. A. (2004). *Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Menezes, R. A. (2011). Tomadas de decisão, poder médico e sentimentos no último período da vida. In F. S. Santos (org.) *Cuidados Paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. (Capítulo 21, pp. 193-200). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Mestrinho, M. G. (2012). *Ensino de Enfermagem*. Loures: Lusociencia.
- Meyer, D., Lopes, M. & Waldow, V. (1995). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning. In J. Mezirow (edit) *Fostering critical reflection in adulthood* (pp.1-20). San Francisco: Jossey Bass.
- Miguélez, M. M. (1999). Critérios para la superación del debate metodológico “cuantitativo / cualitativo”. *Revista Interamericana de Psicología*, 33(1), 79-107.
- Miguélez, M. M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodologia cualitativa. *Revista Paradigma*, 27(2), 7-33.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills, competence and performance. *Academic Medicine (supplement)*, 65(9), S63-S67.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (5ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1999). *Criação dos centros de saúde*. Decreto-lei nº 157/1999. Diário da República, I Série - A (108), publicado a 10 de Maio de 1999, p. 2424-2435.
- Ministério da Saúde do Brasil (2001). *Formação: humanizar cuidados de saúde: Uma questão de competência*. Brasília: Profae.
- Ministério da Saúde do Brasil (2002). *Projeto promoção da saúde. As cartas da promoção da saúde* do Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde.
- Ministério da Saúde (2003a). *Regulamenta os serviços e entidades integrados na rede de prestação de cuidados de saúde primários*. Decreto-Lei nº 60/2003. Diário da Republica, I Série - A, publicado a 1 de Abril, nº 77, pp. 2118-2127.
- Ministério da Saúde (2003b). *Criação da rede de cuidados continuados de saúde*. Decreto-Lei nº 281/2003. Diário da Republica, I Série - A, publicado a 8 de novembro, nº 259, pp. 7492-7499.
- Ministério da Saúde (2005). *Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde*. Decreto-Lei n. 88/2005. Diário da República I Série-A, nº. 107. Publicado a 3 de junho de 2005, pp. 3602-3610.

- Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). *Criação da rede de cuidados continuados integrados*. Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da Republica, I Série – A n.º 109, Publicado a 6 de junho de 2006, pp. 3856-3865.
- Ministério da Saúde. (2006). *Regulamento para lançamento e implementação das unidades de saúde familiar*. Despacho Normativo n.º 9. Diário da Republica I série, n.º 34. Publicado a 16 de fevereiro de 2006, pp. 1256 -1258.
- Ministério da Saúde. (2007a). *Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF)*. Decreto-Lei n.º 298. Diário da Republica I série, n.º 34. Publicado a 22 de agosto de 2007, pp. 5587-5596.
- Ministério da Saúde. (2007b). *Carteira básica de serviços da USF*. Portaria n.º 1368/2007. Diário da Republica 1.ª série, n.º 201. Publicado a 18 de outubro de 2007, pp. 7655- 7659.
- Ministério da Saúde. (2008). *Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde*. Decreto-Lei n.º 28. Diário da Republica I série, n.º 38. Publicado a 22 de fevereiro de 2008, pp. 1182-1189.
- Ministério da Saúde (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Ministério da Saúde (2009a). *Organização dos Serviços e funções de natureza operativa de saúde pública*. Decreto-Lei n.º 81/2009. Diário da Republica, I Série. Publicado a 2 de abril, n.º 65, pp. 2058-2060.
- Ministério da Saúde (2009b). *Regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros*. Decreto-Lei n.º 247/2009. Diário da República, I Série. Publicado a 22 de Setembro, n.º 184, pp. 6758 -6761.
- Ministério da Saúde (2010). *Cuidados paliativos*. Portal da Saúde. Publicado a 31.05.2010. Disponível on line a15 de junho de 2011 no site <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos/cuidadospaliativos.htm>
- Miranda, G. L. (2007). Limites e possibilidades das TIC na educação. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*. Unidade de I&D de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, (3), 41-50.
- Moraes, M. C. (2002). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In M. M. M. J. Carvalho (Org.). *Introdução à psiconcologia*. (pp. 57-64). Campinas: Livro Pleno.
- Morais, M. C. (2007). A formação do educador a partir da complexidade e da transdisciplinaridade. *Diálogo Educação*, 7(22), 13-38.
- Moreira, A. C. & Lisboa, M. T. L. (2006). A morte. Entre o público e o privado: Reflexões para a prática profissional de enfermagem. *Revista de Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, 14(3), 447-454.
- Moreira, I. M. P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Morin, E. (1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Edições Imago.
- Morin, E. (2001). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez.

- Morse, J. M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advanced Nursing Science*, 24(1), 47-59.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. P. Forgas (org.), *Social cognition: Perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1984). *The phenomenon of social representations*. Social Representations. Cambridge: University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, (18), 211-250.
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales. In D. Jodelet (org.), *Les représentations sociales*. Paris: Press Universitary de France.
- Moskowitz, J. T. (2007). Stress and coping. In K. Vohs & R. Baumeister (Eds). *Encyclopedia of Social Psychology*. (Volume 2, p. 948-951). Florida. University of Minnesota: SAGE Publications.
- Mussi, F. C. (1996). Conforto: Revisão de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(2), 254-66. Disponível on line a 25 de junho de 2011 no site <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/344.pdf>
- Nascimento, C. (2006). Docentes de enfermagem: Necessidades de formação em supervisão clínica. In A. Rodrigues; C. Nascimento; L. Antunes; M. G. Mestrinho; M. Serra. *Processos de formação na e para a prática dos cuidados* (pp. 1-46). Loures: Lusociência.
- Neto, C. M. M. (2000). *A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Neto, I. G., Aitken, H. & Paldron, T. (2004). *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência*. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Neves, C. (2000). A morte, a sociedade e os cuidados paliativos. In C. Neves & I. Neto. *Cuidados paliativos. Dossier Sinais Vitais*, (4) (pp 9-19). Coimbra: Edições Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Neves, E. M. (2004) Alegorias sobre a morte: A solidariedade familiar na decisão do lugar de “bem morrer”. *Caderno Pós Ciências Sociais*, 1(2), 53-71.
- Neves, L. G. (1999). Enfermagem e multiculturalidade. *Revista Informar*, (19), 21-24.
- Neves, M. (1996). O sentido da morte na vida dos homens. *Cadernos de Bioética do Centro de estudos de bioética de Coimbra*, XII(22), 7-18.
- Neves, M. C., Pacheco, S., Queiroz, A., Nunes, L, Paiva, A. & Costa, M. A. (2004). *Para uma ética da enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2001). *The Neuman systems model*. (4th ed.). Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall.
- Nicolescu, B. (1999). *Um novo tipo de conhecimento: Transdisciplinaridade*. I Encontro Catalisador do CETRANS. Escola do Futuro da USP. Itatiba. São Paulo. Brasil.



- Nogare, P. D. (1985). *Humanismo e anti humanismos: Introdução à antropologia filosófica*. (9ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Nogueira, A. C. C., Oliveira L. M. & Pimentel, V. (2006). O profissional da saúde e a finitude humana. *Revista Virtual Textos & Contextos*, (6), 1-11.
- Nogueira, P. C. A. (1996). *O idoso: O sentimento de solidão ou o mito do abandono?* Lisboa: [s.n.] Monografia de fim de curso apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Lisboa: ISPA
- Nolan, C. (1998). Learning on clinical placement: The experience of six australian student nurses. *Nurse Education Today*, (18), 622-629.
- Novellas, A. (1996) Atención a la familia. In X. Gomez-Batiste. *Cuidados Paliativos em Oncologia* (pp. 300-312). Barcelona: Editorial JIMS.
- Novo, R. F. (2000). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Edições da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novoa, A. (1988). A formação tem que passar por aqui: As histórias de vida no projeto Prosalis. In A. Novoa & M. Finger (org). *O método autobiográfico e a formação* (pp. 107-130). Lisboa: DRHS.
- Nunes, D. C. (1998). As crianças e o conceito de morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 579-590.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- Nunes, R. (2006). A morte no ciclo vital. Atas do VI Seminário do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (20), 35-37.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2013). *Relatório de primavera 2013*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível on line a 30 de junho de 2013 no site: <http://www.observaport.org>
- Oermann, M., Truesdell, S. & Ziolkowski, L. (2000). Strategy do assess, develop, and evaluate critical thinking. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, (31), 155-160.
- Olabuénaga, J. I. R. (2007). *Metodologia de la investigacion cualitativa*. (4ª ed.). Bilbao: Edicion Universidade de Duesto.
- Oliveira, A. (1995). *Perceção da morte: A realidade*. (Tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Lisboa.
- Oliveira, A. (1999). *O desafio da morte: Convite a uma viagem interior*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Oliveira, A. (2004). *Ilusões: A melodia e o sentido da vida na idade das emoções: Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. (Tese de Doutoramento). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Lisboa.
- Oliveira, A. (2006). Olhar inquieto: O jovem perante a morte. Atas do VI Seminário do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (20), 16-30.



- Oliveira, E. A., Voltarelli, J. C., Santos, M. A. & Mastropietro, A. P. (2005). Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. *Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, 38(1), 63-68 Disponível on line a 20 de dezembro de 2011 no site: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/10>
- Oliveira, J. B. & Neto, F. (2004). Validação de um instrumento sobre diversas perspectivas da morte. *Análise Psicológica*. Lisboa, XXII(2) 355-367.
- Oliveira, J. H. B. (1998). *Viver a morte: Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra. Livraria Almedina.
- Oliveira, J. R., Brêtas, J. R. & Yamaguti, L. (2007). A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 41 (3), p. 386-394. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400005>
- Oliveira, M. F. & Callia, M. H. P. (2005). *Reflexões sobre a morte no Brasil*. São Paulo: Editora Paulus.
- Oliveira, M. L. M. (2003). *Escola encontro de pessoas, que valores?* Lisboa: Universitária Editora, Lda.
- Oliveira, S. L. (2002). *Tratado de metodologia científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. São Paulo: Pioneira.
- Oliveira, W. I. A. & Amorim, R. C. (2008). A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem de Porto Alegre*, 29(2), 191-198.
- Opperman, C. S. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2000). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996. Disponível on line a 30 de janeiro de 2008 no site: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18\\_REPE-vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/RelacionamentoOE/Membros/18_REPE-vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2000). *Proposta. Implementação e consolidação do enfermeiro de família em Portugal. A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível on line a 5 de julho de 2008, no site <http://www.ordemdosenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Os europeus continuam a morrer em sofrimento desnecessário*. Disponível on-line a 28 de dezembro de 2008 no site: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=29&news=183#article51>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011 a). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Regulamento nº 126/2011. Diário da República, 2ª série, nº 35. Publicado a 18 de fevereiro de 2011. p. 8660-8661.

- Orga, S. (2004). Supervision: The process of life-long learning in social and educational professions. *Journal of Interprofessional care*, (2), 165-276.
- Organisation for the Economic Cooperation and Development - OCDE (2003). *Health Data*. Paris: OCDE.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa sobre promoção da saúde*. Ottawa: OMS. Disponível on-line a 14 de Junho de 2009 no site <http://www.who.int>
- Organização Mundial de Saúde (1978). *Os cuidados de saúde primários*. Conferência sobre os cuidados de saúde primários. Genebra: OMS. Série “Saúde para Todos”, (1), 2-5.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Quinta conferência sobre promoção da saúde*. Cidade do México: OMS. Disponível on-line a 12 de junho de 2009 no site: <http://www.who.int>
- Organização Mundial de Saúde. Bureau Regional para a Europa (2002). *Saúde 21: Saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusociência.
- Oriá, M. O. B., Morais, L. M. P. & Victor, J. F. (2004). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 292-297, Disponível em on line em junho de 2011 no site: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)
- Osswald, W. (1999) O encontro com o outro no fim da vida. *Cadernos de Bioética*, (21), 37-40.
- Pacheco, J. A. (1995). *O pensamento e a ação do professor*. Porto: Porto Editora.
- Pacheco, J. A. (2011). *Discursos e lugares das competências em contextos de educação e formação*. Porto: Porto Editora.
- Pacheco, R. A. (2007). Ensinar aprendendo: Apráxis pedagógica do ensino por projetos no ensino fundamental. *PerCursos*, 8(2) 19-40. Disponível on line a 22 de março de 2011 no site : <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/viewFile/1593/1305>
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pacheco, S. (2006). A morte no ciclo vital: Perspetiva da enfermagem. Atas do VI Seminário do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (20), 31-34.
- Padak, N. & Padak, G. (2008). *Research to practice: Guidelines for planning action research projects*. Ohio, United States of America. Disponível on line em setembro de 2010 no site: <http://literacy.kent.edu/Oasis/Pubs/0200-08.htm>
- Paiva, L. E. (2000). *Atitudes de médicos na relação com o paciente com cancer avançado em fase terminal em um hospital geral e em um hospital da especialidade*. (Tese de Dissertação de Mestrado). Fundação António Prudente. S. Paulo. Brasil.
- Paiva, L. E. (2009). O médico e a sua relação com o paciente diante da morte. In F.s. Santos. *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (Capítulo 5, pp. 77-85). S. Paulo: Editora Atheneu.

- Paixão, M. F. & Costa, M. H. B. (2004). Investigar na e sobre a ação através de diários de formação. In O. Oliveira, A. Pereira & R. Santiago (org.) *Investigação em Educação* (pp. 78-105). Porto: Porto Editora.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R. & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34(1), 105-115. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
- Patrício, M. (1993). *Axiologia educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Patton, M. K. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Califórnia: Editora Sage.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Penha, R. M. (2009). Finitude e terminalidade: Um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em enfermagem. In F. S. Santos (org.). *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (capítulo 6, p. 89-102). S. Paulo: Editora Atheneia.
- Pereira, E. (2002). *População e demografia. Quantos somos? Como somos?* Lisboa: Dossiers didáticos do Instituto Nacional de Estatística. Disponível on line em novembro de 2011, no site: <http://alea-estp.ine.pt>
- Pereira, M. A. (2004). A verdade e a esperança na comunicação de más notícias em saúde. *Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, (28), 34-37.
- Pereira, M. G. C. B. (2009). *O caso de amor dos jovens pelos meios de comunicação digital: Análise dos usos, valores e competências desenvolvidas em TIC por jovens do 3º ciclo do ensino básico, no contexto escolar e familiar. A influência do contexto e o fator divisão digital na relação dos jovens com a tecnologia*. (Tese de Dissertação de Mestrado em Educação na área de especialização em Tecnologia Educativa). Universidade do Minho. Braga.
- Pereira, R. C. J. (1995). Refletindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In V. R. Waldow. *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional* (pp. 135-149). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peres, J. (2011). Cuidados paliativos e síndrome de burnout: Um olhar profilático. In F. S. Santos (org.). *Cuidados Paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. (Capítulo 18.1, p. 149-165). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Pérez-Gomez, A. (1997). O pensamento prático do professor: A formação do professor como profissional reflexivo. In A. Nóvoa (org.). *Os professores e a sua formação*. (3ª ed.). (pp. 95-114). Lisboa: Dom Quixote.
- Perrenoud, Ph. (1995). *Ofício de aluno e sentido do trabalho escolar*. Porto: Porto Editora.
- Perrenoud, Ph. (1999). A noção de competência. In P. Perrenoud (org). *Construir as competências desde a escola* (pp. 19-33). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Perrenoud, Ph. (2000). *Dez novas competências para ensinar: Convite à viagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Pessini, L. (1990). *Bioética e pastoral da saúde*. Aparecida: Santuário.

- Pessini, L. (1990a). *Eutanásia e América Latina*. Aparecida: Santuário.
- Pessini, L. (1994). O idoso e a dignidade no processo de morrer. In M. P. Netto (org). *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. (capítulo 11, p. 427-435). São Paulo: Editora Atheneu.
- Pessini, L. (2001). *Distanásia até quando prolongar a vida?* S. Paulo: Loyola.
- Pessini, L. (2009). *Distanásia: Até quando investir sem agredir?* *Revista Bioética de Brasília*, 4(1), 1-11. Disponível on line a 5 de junho de 2011 no site: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357).
- Pessini, L. & Barchifontaine C. P. (2005). *Problemas atuais de Bioética*. (7ª ed.). São Paulo: São Camilo-Loyola.
- Pettengill, M. A. M., Nunes, C. B. & Barbosa, M. A. M. (2003). Professor e aluno compartilhando da experiência de ensino-aprendizagem: A disciplina de enfermagem pediátrica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 453-460. Disponível on line a 1 de Junho 2011 no site: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692003000400007&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000400007&lng=pt&nrm=isso)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Piaget, J. (1967). *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159-168. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>
- Pinheiro, M. R. (1994). *O domínio das emoções e o desenvolvimento da autonomia: Contributos para o estudo do desenvolvimento psicossocial do estudante universitário*. (Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pinto, C. B. & Veiga, F. M. (2005). A morte no início da vida. Nascer e crescer. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia do Porto*, XIV(1), 20-25.
- Pinto, F. V. (1991). Entre a vida e a morte, a razão da esperança. *Servir*. 39(1), 14-15.
- Pires, A. L. O. (1994). As novas competências profissionais. *Revista Formar*, (10), 4-19.
- Pires, A. L. O. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. *Sísifo. Revista de ciências da educação*, (2), 5-20. Disponível on line em dezembro de 2012 no site <http://sisifo.fpce.ul.pt>
- Pires, A. M. L. (2001). Cuidar em fim de vida: Aspectos éticos. *Cadernos de Bioética*, (25), 85-94.
- Pitta, A. (1999). *Hospital: Dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Polastrini, R. T. V., Yamashita, C. C. & Kurashima, A. Y. (2011). Enfermagem e o cuidar paliativo. In F. S. Santos (org). *Cuidados paliativos: Diretrizes, humanização e alívio dos sintomas* (capítulo 30, p. 277-284). S. Paulo: Editora Atheneu.

- Poles, K. & Bouso, R. S. (2006). Compartilhando o processo de morte com a família: A experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2) 207-213. Disponível on line a 1 de setembro de 2012 no site: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041169200600020009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041169200600020009&lng=pt&nrm=iso).
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1997). *Investigacion cientifica en ciencias de la salud*. (5ª Ed.). Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Pordata (2012). *Base de dados de Portugal contemporâneo*. Disponível on line a 12 de fevereiro de 2012 no site: <http://www.pordata.pt/Portugal>
- Portelli, H. (1977). *Gramsci e o bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Procuradoria Geral da Republica (2008). *Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre sistemas de saúde. "Sistemas de saúde, saúde e bem-estar"*. Disponível on line em junho de 2009 no site: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/12/carta-tallinn.pdf>
- Py, L. & Oliveira, A. C. (2006). Humanizando o adeus à vida. In L. Pessini & L. Bertachini (org). *Humanização e cuidados paliativos*. (3ª ed.). (pp. 135-147). São Paulo: Edições Loyola.
- Queirós, A. (2000). Reflexões sobre os modelos e teorias em enfermagem. Como ensinar/como aplicar. *Revista Sinais Vitais*, (29), 15-17.
- Rabiais, I. C. M. (2010). Sensibilidade emocional dos estudantes de enfermagem na aprendizagem de cuidar. In A. Fernandes, [et al] (org). *Coletânea emoções em saúde*. (p. 36-53). Aljô: Corrente dinâmica. Formação e eventos. Disponível on line a 5 de março de 2011 no site: <http://www.correntedinamica.com/>
- Ramos, J. M. (1987). A morte, categoria lógica no pensamento simbólico. *Revista de Psicologia Clínica*, V(2), 163-166.
- Ramos, M. N. (2001). Qualificação, competências e certificação: Visão educacional. *Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*, 1(2), 17-26.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. Perspetiva de investigação e de intervenção. *Revista Psychologica*, (41), 329-350.
- Reid, B. (1994). The mentor's experience: A personal perspective. In A. Palmer (coord.). *A reflexive practice in nursing: The growth of a professional practitioner* (pp. 35-52). Oxford: Blackwell Scientific publications.
- Reis, V. P. (2004). Gestão de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Publica da Escola Nacional de Saúde Publica*, 22(1), 7-17.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.001>
- Rezende, R. & Barbosa, M. C. (2007). Fragmentos de um corpo: As novas tecnologias da comunicação e a construção da morte contemporânea. *Atas do Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*. Santos, (Brasil) de 29 de agosto a 2 de setembro de 2007.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.

- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, M. C., Baraldi S. & Silva M. J. P. (1998). A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: Ritual do preparo do corpo pós-morte. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*; 32 (2), p. 117-123. Disponível on line em junho de 2010 no site: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
- Ricoeur, P. (1990). *O si-mesmo como um outro*. São Paulo: Editora Papirus.
- Rinpoche, S. (1999). *O livro tibetano do viver e do morrer*. São Paulo: Editora Palas Athena, São Paulo.
- Riopelle, L., Phaneuf, M. & Grondin, L. (1993). *Cuidados de enfermagem: Um processo centrado em las necesidades de la persona*. Madrid: McGraw Hill
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar*. Loures: Lusociência.
- Rodeia, J. (1998). O enfermeiro perante o doente terminal. *Revista Servir*, (46), 110-130.
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu da morte*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rodrigues, M. A., Pereira, A. M. & Ferreira, C. S. (2006). *Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional*. Coimbra: Formasau.
- Roldão, M. C. (2009). O lugar das competências no currículo. Ou o currículo enquanto lugar das competências? *Educação Matemática Pesquisa*. São Paulo. 11, (3), p. 585-596.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of research to date. *Journal Clinical Nursing*, 15(7), 852-862.
- Ruiz-Moreno, L. (2004). Trabalho em grupos: Experiências inovadoras na área de educação e saúde. In: N. A. Batista; S. H. Batista (org.). *Docência em saúde: Temas e experiências* (pp. 85-99). São Paulo: Senac.
- Ruthes, R. M. (2008). *Gestão por competências nas instituições de saúde: Uma aplicação prática*. São Paulo: Martinari.
- Sá, A. C. O. (2001). *O cuidado do emocional em enfermagem*. São Paulo: Robe Editorial.
- Sá-Chaves, I. S. C. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão: Contributo nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDINE.
- Sá-Chaves, I. (2000b). Formação, competências e conhecimento profissional. In M.A. Costa, M. G. Mestrinho & M. J. Sampaio (Eds), *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – balanço de um projeto* (pp. 39-48). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Sá-Chaves, I. S. C. (2002). *A construção de conhecimento pela análise reflexiva da praxis*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Ministério da Ciência e Tecnologia.
- Sachse, D. (2007). Hope: More Than a Refuge in a Storm. A concept Analysis using the Wilson method and the Norris method. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 13(1), 1546-1553.



- Sagan, C. (1998). *Biliões e biliões*. Lisboa: Gradiva
- Sanches, I. (2011). Do “aprender para fazer” ao “aprender fazendo. Do “aprender para fazer” ao “aprender fazendo”: As práticas de educação inclusiva na escola. *Revista Lusófona de Educação*, (19), 135-156.
- Sanches, M. & Sá-Chaves, I. (2011). Educação pré-escolar: Novas conceções de formação para contextos sociologicamente instáveis e pouco previsíveis. In I. Sá-Chaves (2011). *Formação, conhecimento e supervisão nas áreas de formação de professores e de outros profissionais*. (3ª ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro Editorial
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2ª ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Santana, M. T. B. M. & Jorge, M. S. B. (2007). Corpo próprio como experiência vivencial da enfermeira no cuidar do outro no processo de morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 466-473. Disponível on line a 4 de maio de 2012 no site: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Santos, A. L. (1996) O fim da vida – A pessoa no estado terminal. In L. Archer; J. Biscaia & W. Osswald. *Bioética*. (Capítulo 12, pp. 355-359). Lisboa: Editorial Verbo.
- Santos, B. S. (2002). *A globalização e as ciências sociais*. (2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Santos, C. E. & Mattos, L. F. C. (2011) Os cuidados paliativos e a medicina de família e comunidade. In F. S. Santos (org) *Cuidados Paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. (Capítulo 2, pp. 17-24). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Santos, E. (2000a). Prefácio. In A. Queirós, L. Silva & E. Santos. *Educação em enfermagem* (pp. 7-8). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, E. (2000b). Conceção de cuidados de enfermagem dos docentes de enfermagem. In A. Queirós, L. Silva & E. Santos. *Educação em Enfermagem* (capítulo 5, pp. 61-127). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, F. S. (2009a). Tanatologia - A ciência da educação para a vida. Espiritualidade em cuidados paliativos. In F. S. Santos (org.) *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer*. (capítulo 1, pp. 1- 30). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Santos, F. S. (2009b). Para além da dor física. Trabalhando com a dor total. In F. S Santos (org). *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (Capítulo 27, p. 411-426). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Santos, F. S. (2009c). Conceituando a morte. In F. S. Santos (org). *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (Capítulo 21, p. 301-318). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Sapeta, A. P. (1999). A família face o doente terminal hospitalizado. *Enfermagem Oncológica*, (12), 20-24.
- Sapeta, A. P. (2003). Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Revista de Investigação em Enfermagem*, (7), 25-35.
- Sapeta, A. P. & Lopes, M. (2006). Cuidar em fim de vida: Fatores que interferem no processo de interação enfermeiro- doente. *Revista Referencia*. II série (4), 35-60.

- Sapeta, A. P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro doente*. Loures: Lusociência.
- Saporetti, L. A. (2009). Espiritualidade em cuidados paliativos. In F. S. Santos (org.) *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (Capítulo 19, p. 269-281). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Saramago, J. (2005). *As intermitências da morte*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Saunders, C. (1992). *Beyond the horizon. A search for meaning in suffering*. London: Darton, Longman and Todd Ltd.
- Scherer, Z. A. P. & Luis, M. A. V. (1998). Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. *Ata Paulista de Enfermagem*, 11(2), 64-72.
- Scherer, Z. A. P., Scherer, E. A. & Carvalho, A. M. P. (2006). Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 285-291. Disponível on line em junho 2011 no site: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. New York: Jossey-Bass.
- Schön, D. (1997). Formar professores como profissionais reflexivos. In: A. Nóvoa (Coord.). *Os professores e sua formação*. (3ª ed.). Lisboa: Dom Quixote.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona (ESP): Paidós.
- Scolnicov, S. (2006). *Platão e o problema educacional*. São Paulo: Edições Loyola.
- Scotto, C. J. (2003). A new view of caring. *Journal of Nursing Education*, 42(7), 289-291.
- Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Seale, C. (2000). Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 5(4), 465-478.
- Selli, L. & Alves, J. S. (2007). O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Bioethikos do Centro Universitário São Camilo*, 1(1), 43-52.
- Sena, C. A., Carvalho, E. C., Rossi, L. A. & Ruffino, M. C. (2001). Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infetada pelo HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(1), 27-38. Disponível on line a 5 de julho de 2010 no site. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692001000100005&lng=en&tlng=pt.http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000100005&lng=en&tlng=pt.http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000100005).
- Serra, M. N. (2007). Supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros dos contextos da prática clínica: A perspectiva dos atores. In A. Rodrigues (org). *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. (pp. 126-167). Loures: Lusociência.
- Setzer, V. W. (1999). Dado, informação, conhecimento e competência. *Data Grama Zero - Revista de Ciência da Informação*, (0). Disponível on line a 8 de Maio de 2012 no site: <http://www.ime.usp.br/~vwsetzer/datagrama.html>
- Shimizu, H. E. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 257-262.



- Shliemann, A. L. (2009). Aprendendo a lidar com a morte no ofício do profissional de saúde. In F. S. Santos. *Cuidados paliativos. Discutindo a vida a morte e o morrer* (capítulo 2, pp. 31-44.). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Silva, A. L. L. & Ruiz, E. M. (2003). Cuidar, morte e morrer: Significado para os profissionais de enfermagem. *Revista Estudos de Psicologia*, PUC. Campinas, 20(1), 15-25.
- Silva, A. M. & Silva, M. J. P. (2007). A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(4), 549-54.
- Silva, D. M. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Revista Millenium. do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, (26) (s. p.). Disponível on line em junho de 2009 no site: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/default.htm>
- Silva, D. M. & Silva, E. M. V. B. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Revista Millenium do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, (30), 103-119.
- Silva, E. (1997). Formação em alternância no ensino de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, (13), 21-24.
- Silva, J. L. L. (2005). A importância do estudo da morte para profissionais de saúde. *Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, 3(12), 363-74.
- Silva, M. J. P. (2005). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. S. Paulo. Edições Loyola.
- Silva, T. O. N., Silva, V. R. S., Martinez, M. R. & Gradim, C. V. C. (2011). Avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 19(3), 359-363.
- Simão, J. V., Santos, S. M. & Costa A. A. (2002). *Ensino superior: Uma visão para a próxima década*. Lisboa: Gradiva.
- Simões, J. F., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, II(6), 91-108.
- Simonetti, A. (2006). *Manual de psicologia hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. SFAP (1999). *Desafios de enfermagem em cuidados paliativos. Cuidar: Ética e prática*. Loures: Lusociência.
- Sodré, M. (2002). *Antropológica do espelho: Uma teoria da comunicação linear e em rede*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Soeiro, L. R. (1992). O prazer de aprender: Um educador presente. *Formar*, (7), 26-27.
- Souza, M. F. (1998). Modelos teóricos e teorias de enfermagem. In T. R. Garcia & L. M. F. Pagliuca (org). *A construção do conhecimento em enfermagem* (pp. 51-63). Fortaleza: Coletânea de trabalhos. RENE.
- Sousa, P. A. F. (1997). A morte e o processo de morrer. *Enfermagem Oncológica*, (2), 23-29.

- Souza, S. A. (2008). *Telejornalismo e morte: A interdição do ver no noticiário televisivo*. Vale do Itajaí: Univali.
- Spíndola, T. & Macedo, M. C. S. (1994). A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 47(2), 108-117.
- Stockdale, M. & Warelow, P. (2000). Is the complexity of care a paradox? *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1258-1264. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1998.00774.x
- Stockhausen, L. (1994). The clinical learning spiral. *Nurse Education Today*, (14), 363-371.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Stedeford, A. (1986). *Encarando a morte: Uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Susaki, T. T.; Silva, P. M. J. & Possari, J. F. (2006). Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 144-149. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200004>
- Tanguy, L. (2002) Competência e integração social na empresa. In F. Ropé, & L. Tanguy (orgs.). *Saberes e competências: O uso de tais noções na empresa e na escola* (pp. 167-200). Campinas: Papirus.
- Tardif, J. (1996). Le transfert des compétences analysé à travers la formation de professionnels. In Ph. Meirieu ; M. Develay ; C. Durand & Y. Mariani (Eds.) *Le concept de transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue*. Lyon: CRDP.
- Tardif, M., Lessard, C. & Lahaye, L. (1991). Esboço de uma problemática do saber docente. *Teoria & Educação*, (4), 215-234.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Tedesco, J. (1999). *O novo pacto educativo. Educação, competitividade e cidadania na sociedade moderna*. Vila Nova de Gaia: Coleção FML.
- Teixeira, J. (1997). Introdução às abordagens fenomenológica e existencial em psicopatologia (II): As abordagens existenciais. *Análise Psicológica*, XV(2), 195-205.
- Thompson, J. B. (2002). *Ideologia e cultura moderna: Teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. (6ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Thompson, I, Melia, K. & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tibério, I. C., Galotti, R. D., Pavenelli, M. C. & Rodrigues, M. A. V. (2011). Avaliação estruturada de habilidades. In F. S. Santos (org). *Cuidados Paliativos: Diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. (capítulo 7, p. 55-61). S. Paulo: Editora Atheneu.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito J. (2005). Construcion e validation of the death anxiety inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108-

- Torralba Rosellò, F. (2004). Necessidades espirituales del ser humano. *Labor Hospitalaria*, 271(1), 7-10.
- Torres, W. C. (2002). *A criança diante da morte: desafios*. (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Trelis, J. (1996). Modelos de organización en cuidados paliativos. In X. Gómez Batiste (org). *Cuidados paliativos em oncologia*. Barcelona: Editorial JIMS.
- Trigo, J. (2004) Prefácio. In I. Loureiro. *A espiritualidade no processo terapêutico*. (pp. 15-18). Coimbra: Quarteto.
- Trinidad, A. R., Carrero, V. P. & Soriano, R. M. M. (2006). *Teoría fundamentada "Grounded Theory": la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas.
- Troug, R. D. (2001). Recommendations for the end-of-life care in intensive care unit. *Critical care medicine*, 29(12), 2332-2348.
- Turato, E. R. (2010). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (4ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Twycross, R. (2001) *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ufema, J. (1999). Never forgive - Or never forget. *Nursing Horsham*, (9), 24-25.
- Umberson, D. & Henderson, K. (1992). The social construction of death in the Gulf War. *Omega: Journal of Death and Dying*, (25), 1-15.
- UNESCO. (1996). *Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão internacional sobre educação para o século XXI*. Porto: Edições Asa.
- UNESCO. (1998a). *V Conferência internacional sobre educação de adultos*. Realizada em 1997 em Hamburgo, Alemanha. Declaração final e agenda para o futuro. Disponível on-line a 5 de fevereiro de 2007 no site: <http://www.vsy.fi/ea/eng/confinl.html#top>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos: Rede nacional de cuidados continuados integrados 2011–2013. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível on-line a 5 de fevereiro de 2012 no site: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf)
- Vala, J. (1993). Representações sociais para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala, & M. B. Monteiro (coord). *Psicologia Social*. (7ª ed.). (pp. 353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (coord). *Psicologia Social*. (7ª ed.). (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valadas, M. A. B. (2005). Reflexão sobre a prática do cuidar em enfermagem. *Sinais Vitais*, (59), 62 -64.
- Valle, L. (2001). Ainda sobre a formação do cidadão: É possível ensinar a ética? *Educação & Sociedade*, XXII (76), 175-196.

- Valle, R. (Org.) (2003). *O conhecimento em ação: Novas competências para o trabalho no contexto da reestruturação produtiva*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Valsecchi, E. A. S. S. & Nogueira, M. S. (2002). Fundamentos de enfermagem: Incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 10(6), 819-824. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000600011>
- Vernant, J. P. (1982) *L'individu, la mort, l'amour. Soi-même et l'autre em Grèce ancienne*. Paris: Gallimard.
- Vianna, A. C. A. & Crossety, M. G. O. (2004). O movimento entre cuidar e cuidar-se em UCI. *Revista Gaucha de Enfermagem de Porto Alegre*, 25(1), 56-69.
- Vieira, C. M. (1999). A credibilidade da investigação científica de natureza qualitativa: Questões relativas à sua fidelidade e credibilidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. XXXIII(2), 89-111.
- Vigotski, L. S. (1996). *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotsky, L. (1987). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vomero, M. F. (2002). Morte. *Revista Superinteressante*. Disponível on line a 7 de fevereiro de 2008 no site: <http://www.tipos.com.br/index.php?itemid=14116>
- Vuori, H. (1984). Primary health care in Europe: Problems and solutions. *Community Medicine*, (6), 221-231.
- Waldow, V. R. (1998). Examinando o conhecimento na enfermagem. In D. E. Meyer, V. R. Waldow & M. J. M. Lopes (org.) *Marcas da diversidade: Saberes e fazeres da enfermagem contemporânea* (pp. 53-85). Porto Alegre: Artmed.
- Waldow, V. R. (2005). *Estratégias de ensino aprendizagem*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: Sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artmed.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In PH. Walker & B. Neuman (org.) *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration* (pp. 141-184). New York: National league for nursing press.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experience: Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 129-35.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the phylosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado.
- Well, P., D'Ambrósio, U. & Crema, R. (1993). *Rumo à nova transdisciplinaridade: Sistemas abertos de conhecimento*. São Paulo: Summus
- Wikipedia, Enciclopédia on-line (2009). *Saudade*. Disponível on-line a 12 de agosto de 2009, no site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Saudade>

- Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto: Um manual para o profissional de saúde mental*. (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Artemed.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Definition of palliative care*. World Health Organization. Disponível on line a 14 de janeiro de 2011, no site <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- Wright, L. (2005) *Espiritualidade, sofrimento e doença*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. (4ª ed.). São Paulo: Editora Roca.
- Xavier, S. (2010). A dimensão emocional do cuidar humano - A necessária metamorfose da formação dos enfermeiros. In A. Fernandes (org). *Coletânea de emoções em saúde*. (pp. 24-35). Alijó: Corrente dinâmica. Formação e eventos. Disponível online em Março de 2011 no site: <http://www.correntedinamica.com/>
- Yardley, K. (2001). *Role play: Theory and practice*. New York: Sage Publications
- Zabalza, M. A. (1994). *Diários de aula*. Porto: Porto Editora.
- Zacharias, V. L. C. F. (2002). Educação ao longo da vida. *Jornal Tribuna Paulista*. Editado em 17/05/2002. Disponível on line a 6 de março de 2009 no site. <http://www.centrorefeducacional.pro.br/edulovi.htm>
- Zaidhaft, S. (1990). *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: F. Alves.
- Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence*. Paris: Liaisons.
- Zarifian, P. (2004). *Le modele de la compétence*. (2ª ed.). Malmaison: Editions Liaisons.
- Ziegler, J. (1977). *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation. A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.) *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39) New York. San Diego: Academic press.
- Zorzo, J. C. C. (2004). *O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: Vivências dos profissionais de enfermagem*. (Tese de Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Brasil.

## **ÍNDICE DE APENDICES:**

### **APENDICE I - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.**

Guião das entrevistas aos três grupos de participantes.

### **APENDICE II – PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Pedido de autorização à instituição para realizar a pesquisa.

Pedido de consentimento informado aos participantes para realizar e gravar a entrevista.

### **APENDICE III - MATERIAL RESULTANTE DAS ENTREVISTAS**

Transcrição das Entrevistas

Organização das categorias e unidades de registo

**(os apêndices encontram-se em formato digital no DVD que se encontra em suplemento no final da tese)**

**Nota Final**

*Este documento foi redigido segundo o acordo ortográfico assinado a 16 de dezembro de 1990 e aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 26/91, de 23 de Agosto e elaborado de acordo com as normas da APA.*

*De acordo com o requisito do artigo 46º do Despacho n.º 4624/2012, a autora declara que disponibiliza todos os documentos entregues para consulta digital através do Repositório Digital da Universidade de Lisboa, nos termos do Regulamento sobre Política de Depósito de Publicações da Universidade de Lisboa, de 2 de junho de 2010.*